



Mission d'audit

organisationnel et

fonctionnel du MSP du Niger
Projet Appui Institutionnel (NER 08 023 11)
PAI/MSP

RAPPORT FINAL

Identification des axes prioritaires de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du Ministère de la Santé - Niger

Destinataires

Mr **Mano Aghali**, Ministre d'État, Ministre de la Santé publique de la République du Niger
Dr. **Idrissa Maïga Mahamadou**, Secrétaire Général du Ministère de la Santé publique
Dr **Assimawe Pana**, Représentant de l'OMS au Niger
Mr **Eric de Milliano**, Représentant Résident de la CTB, Agence Belge de Développement

Auteurs

Consultants AEDES

- **Christel GABORIAU**
Chef de mission AEDES
Expert senior en management des organisations
Email christel.gaboriau@wanadoo.fr
Local mobile 809 663 15
- **Gérard AGBOTA**
Expert senior en GRH
Email geragbota@yahoo.fr
Local mobile 882 11 813
- **Souleymane GALADIMA**
Expert en communication institutionnelle
Email galadsoul@yahoo.fr
Local mobile 903 590 91

Expert OMS

- **Dr. Bokar TOURE**
Consultant OMS
Email bokar1923@gmail.com
Local mobile 809 969 17

Ce document a été réalisé grâce à l'assistance financière de l'Agence Belge de Développement et de l'OMS. Néanmoins, les points de vue qui y sont exposés reflètent l'opinion des auteurs et ne sauraient aucunement avoir valeur d'engagement de la CTB ou de l'OMS.

Remerciements

Nous voulons en premier lieu honorer Son Excellence Monsieur Mano Aghali, Ministre de la Santé, Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, Dr. Idrissa Maïga Mahamadou, Dr. Maï Moctar Hassane en tant que Président du Groupe de Travail (GdT), Mesdames et Messieurs les membres du groupe de travail et M. Amadou Saley Oumarou, Haut-Commissaire à la Modernisation de l'Etat (HCME), qui nous ont reçu à chaque fois que cela fut nécessaire, et facilité la bonne marche de la phase I de cette mission d'audit.

Nous souhaitons également remercier toutes les personnes ayant facilité et richement contribué de près ou de loin à la bonne marche de la mission d'audit sans lesquelles l'approche et nos résultats auraient été moins performants, tout particulièrement le Dr. Willy Janssen et le Dr. Issa Hama du PAI (Projet d'appui Institutionnel auprès du MSP financé par la Coopération Technique Belge/CTB), ainsi que le Dr. Hyppolite Kalambay Ntembawa (OMS) qui ont participé à toutes les étapes de cet exercice en apportant une contribution de qualité chaque fois que de besoin.

Leur disponibilité et leur appui tout au long de la mission nous ont été extrêmement précieux.

Nous devons par ailleurs rendre hommage aux Partenaires de la coopération internationale publique avec le Niger. Nous n'avons pas pu les rencontrer de façon exhaustive mais tous ceux que nous avons vus apparaissent convaincus que le système de santé du pays doit et peut progresser rapidement.

Il nous faut enfin et surtout remercier, l'ensemble des personnels techniques du Ministère de la Santé. Les plus hauts cadres aussi bien que les plus modestes agents que nous avons rencontrés, tant dans les services centraux que dans les services de santé déconcentrés, se sont généreusement ouverts à nos interrogations. Ils nous ont apporté propositions, suggestions, voire critiques, dans un dialogue sincère et prospectif.

Sommaire

1. PILIER I : GOUVERNANCE	19
1.1. AXE 1. AFFIRMER LE LEADERSHIP ET L'AUTORITE DU MSP DANS LE RESPECT DES TEXTES ET DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA GESTION AXÉE SUR LES RESULTATS	19
1.1.2. POSITIONNEMENT DE L'IGS	23
1.1.3. MANAGEMENT ET PILOTAGE DE L'ACTION COLLECTIVE DU MSP	25
1.2. AXE 2. CADRES NORMATIFS : DES LEVIERS D'EXIGENCE EN MATIERE DE GOUVERNANCE ET DE GESTION	34
1.2.1. NORMES ORGANISATIONNELLES (OU CADRE ORGANIQUE)	34
1.2.2. DOCUMENT DES NORMES ET STANDARDS : ACTUALISER LES NORMES ET STANDARDS, AFIN QU'ILS CONSTITUENT UNE REELLE REFERENCE DE L'ORGANISATION DE LA GESTION ET DE L'EVALUATION DES ACTIONS DE SANTE A TOUS LES ECHELONS DE LA PYRAMIDE	42
1.2.3. CARTE SANITAIRE	44
1.2.4. ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP	48
1.3. AXE 3. ORGANISER UNE PLANIFICATION SANITAIRE STRATEGIQUE ET OPERATIONNELLE PARTICIPATIVE CONSENSUELLE ET ASCENDANTE AXÉE SUR LES RESULTATS ET ARTICULEE AVEC LA PLANIFICATION DES COLLECTIVITES LOCALES.	49
1.3.1. RECENTRER LA DIRECTION DE LA PLANIFICATION AUTOUR DE SON ROLE PRINCIPAL DE PLANIFICATION, PROGRAMMATION, EVALUATION, ETUDE ET CONSEIL ET D'APPUI AUX AUTRES STRUCTURES DU MINISTERE.	49
1.3.2. ORIENTER L'ELABORATION DU PDS EN PRIVILEGIANT UN CHEMINEMENT ASCENDANT ET PARTICIPATIF.	51
1.3.3. CENTRER LE CONTENU DU PDS ET DU PDQ SUR LA GESTION AXÉE SUR LES RESULTATS (GAR) ET LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.	51
1.3.4. PASSER DU CYCLE DE PLANIFICATION DE 5 ANS A UN CYCLE DE 10 ANS.	52
1.3.5. ACTIVER LE COMITE DE SUIVI DE LA DECENTRALISATION ET DE LA DECONCENTRATION SOUS LA SUPERVISION DU SG ET L'APPUI TECHNIQUE DE LA DEP.	52
1.3.6. ADRESSER LA QUESTION DE LA DUALITE ENTRE LES PLANS DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUX (PDC) ET LES PLANS REGIONAUX SANTE (PDSR).	53
1.3.7. ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	54
1.4. AXE 4. DIALOGUE POLITIQUE : PROMOUVOIR UN DIALOGUE POLITIQUE MULTISECTORIEL OUVERT AUX COMMUNAUTES, A LA SOCIETE CIVILE ET AUX PTFs, ET RESPECTER LES PRINCIPES DE LA, DECLARATION DE PARIS.	55
1.4.1. DIALOGUE POLITIQUE	55
1.4.2. RESPECT DES ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX	57
1.4.3. ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP	59
1.5. SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES DE MODERNISATION LIES A LA GOUVERNANCE	61
2. PILIER II : FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE	63
2.1. AXE 5. AMELIORER LA GESTION BUDGETAIRE	63
2.1.1. INSTAURER UNE CONFERENCE BUDGETAIRE INTERNE AU SEIN DU MINISTERE:	63
2.1.2. L'INSTAURATION D'UN MECANISME DE CONSULTATION PERIODIQUE DE SUIVI DE L'EXECUTION DU BUDGET (TRIMESTRIELLE),	64
2.1.3. L'AMELIORATION DE LA CAPACITE D'ABSORPTION DU MSP.	64
2.1.4. RENDRE PLUS EFFICACE LA DEPENSE PUBLIQUE DE SANTE	65

2.1.5.	CONSOLIDER LA GESTION AXEE SUR LES RESULTATS	65
2.1.6.	EVOLUER VERS UNE PRESENTATION CONSOLIDEE DES FINANCEMENTS DONT BENEFICIENT LE MSP FACILITANT LEUR TRAÇABILITE ET LEUR SUIVI EN TEMPS REEL.	66
2.1.7.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	68
2.2.	AXE 6. CONCRETISER LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (CSU): PASSER DE LA VOLONTE POLITIQUE ET DE L'AMBITION A SA MATERIALISATION	69
2.2.1.	COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE	69
2.2.2.	UN REGIME CONTRIBUTIF, POUR LEQUEL, CHACUN DES ADHERENTS CONTRIBUE FINANCIEREMENT, DANS CETTE CATEGORIE 3 GROUPES :	69
2.2.3.	UN REGIME NON-CONTRIBUTIF, QUI REGROUPE LES SITUATIONS SUIVANTES :	69
2.2.4.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	72
2.3.	SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES DE MODERNISATION LIES AU FINANCEMENT	73
3.	<u>PILIER III : RESSOURCES HUMAINES</u>	75
3.1.	AXE 7. PASSER D'UNE CULTURE DE GESTION ADMINISTRATIVE ET « POLITISEE » DU PERSONNEL A UNE CULTURE DE GESTION PREVISIONNELLE ET STRATEGIQUE AXEE SUR LES RESULTATS A TRAVERS DES OUTILS MODERNES D'AIDE A LA DECISION.	77
3.1.1.	LA GESTION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES EFFECTIFS ET DES EMPLOIS.	77
3.1.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	82
3.2.	AXE 8. RENDRE OPERATIONNEL LE SYSTEME D'EVALUATION ET DE L'AVANCEMENT DE L'AGENT FONCTIONNAIRE CONFORMEMENT A LA LOI 2007.	83
3.2.1.	SYSTEME D'EVALUATION ET D'AVANCEMENT	83
3.2.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP	85
3.3.	AXE 9. LA GESTION DE LA QUALITE DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE.	86
3.3.1.	FORMATION INITIALE ET CONTINUE (PERMANENTE).	86
3.3.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	88
3.4.	SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES DE MODERNISATION LIES AUX RESSOURCES HUMAINES	89
4.	<u>PILIER IV : INFRASTRUCTURE, MEDICAMENTS, EQUIPEMENTS</u>	91
4.1.	AXE 10. FAIRE RESPECTER LES CADRES NORMATIFS DES NORMES ET STANDARDS, ET LA CARTE SANITAIRE	91
4.1.1.	FINALISER ET RENDRE EXECUTOIRE LA CARTE SANITAIRE	91
4.1.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP	93
4.2.	AXE 11. OPTIMISER LA GESTION DES EQUIPEMENTS ET DES INFRASTRUCTURES.	94
4.2.1.	RENFORCER LA DIES ET PROCEDER A LA RESTRUCTURATION DES SERVICES REGIONAUX.	94
4.2.2.	CONSTITUER UNE MASSE CRITIQUE DE PROFESSIONNELS QUALIFIES PAR LA CREATION DE FILIERES DE FORMATION DANS LE PAYS ET LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE EFFICACE DE RECRUTEMENT.	94
4.2.3.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	96
4.3.	AXE 12. ADOPTER UNE NOUVELLE POLITIQUE PHARMACEUTIQUE ADAPTEE AU CONTEXTE ET AUX ENJEUX PRESENTS ET FUTURS.	97
4.3.1.	REORGANISER LA DIRECTION EN CHARGE DE LA PHARMACIE ET DU MEDICAMENT DPH/MT.	97
4.3.2.	EXERCER UN MEILLEUR CONTROLE DES MEDICAMENTS POUR LES MALADIES SOCIALES.	97
4.3.3.	LE RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DE LA COMPOSANTE INSPECTION PHARMACEUTIQUE.	98
4.3.4.	LA CREATION D'UNE AGENCE NATIONALE DE REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE (AGENCE DU MEDICAMENT)	98
4.3.5.	GARANTIR UNE DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET DES VACCINS DANS LE CADRE DES URGENCES (EPIDEMIES, CRISES HUMANITAIRES, CATASTROPHES).	99

4.3.6.	COORDONNER LA LUTTE CONTRE LES MEDICAMENTS CONTREFAITS.	99
4.3.7.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	101
4.4.	SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES DE MODERNISATION LIES AUX INFRASTRUCTURES EQUIPEMENTS ET MEDICAMENTS.	102
5.	<u>PILIER V : L'INFORMATION SANITAIRE ET LA COMMUNICATION.</u>	104
5.1.	AXE 13. RENDRE LE SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE PLUS INTEGRE FIABLE, SECURISE ET CAPABLE DE GENERER UNE INFORMATION EN TEMPS REEL UTILE POUR LA PRISE DE DECISION.	104
5.1.1.	INSTAURER UNE RETRO INFORMATION.	105
5.1.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	106
5.2.	AXE 14. ORGANISER, DEVELOPPER ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE COMME OUTILS D'AIDE A LA DECISION.	107
5.2.1.	FORMULER UNE STRATEGIE NATIONALE DE RECHERCHE EN SANTE REFLETEE DANS LE DOCUMENT POLITIQUE DE SANTE NATIONALE, ET PROMOUVOIR SON ANCRAGE INSTITUTIONNEL.	107
5.2.2.	ANIMER L'ORGANE CONSULTATIF SUR LA RECHERCHE.	107
5.2.3.	FORMER LES EQUIPES CADRES DE DISTRICT DANS LE DOMAINE DE LA RECHERCHE ACTION.	108
5.2.4.	ORIENTER LES THEMES DE RECHERCHE EN FONCTION DES BESOINS DU SYSTEME DE SANTE (NIVEAU GOUVERNANCE ET NIVEAU OPERATIONNEL).	108
5.2.5.	PUBLIER LES TRAVAUX DE RECHERCHE.	108
5.2.6.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	110
5.3.	SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES DE MODERNISATION LIES A L'INFORMATION SANITAIRE	111
5.4.	AXE 15. A PARTIR DU PNCD, DECLINER UN PLAN DE COMMUNICATION SECTORIEL QUI DEFINIT LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU MINISTERE EN MATIERE DE COMMUNICATION (CHARTRE GRAPHIQUE : LOGO, CARTE DE VISITE, PAPIER ENTETE ... ; SITE WEB, RESEAUX SOCIAUX, PANNEAUX).	118
5.4.1.	LE PLAN DE COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT (PNCD)	118
5.4.2.	LE PLAN NICI 2004.	118
5.4.3.	L'ENQUETE SUR LA FAISABILITE DE L'INTRANET AU NIGER 2011.	119
5.4.4.	SOUS ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE	120
5.4.5.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP	125
5.5.	AXE DE MODERNISATION 16 : DELIMITER LES CHAMPS DE COMPETENCES ET DE RESPONSABILITE.	126
5.5.1.	SOUS ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE PAR AXE.	126
5.5.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	129
5.6.	AXE DE MODERNISATION 17 : PREPARER UN MECANISME DE GESTION DE LA COMMUNICATION NUMERIQUE EN PREVISION DE LA BOUCLE INTRANET INITIEE PAR LE HAUT-COMMISSARIAT A L'INFORMATIQUE.	130
5.7.	SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES DE MODERNISATION LIES A L'INFORMATION SANITAIRE	134
6.	<u>PILIER VI: PRESTATIONS DE SOINS</u>	136
6.1.	AXE 18. CENTRER LES PRESTATIONS DES SOINS SUR LA SATISFACTION DES BESOINS DES USAGERS ET SUR LA DEMARCHE QUALITE	136
6.1.1.	AMELIORER L'OFFRE ET L'ACCES GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE A TOUS LES NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE	136
6.1.2.	ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP	139
6.2.	AXE 19. INTRODUIRE DES PROCEDURES D'ASSURANCE DE QUALITE DANS LES SERVICES PUBLIC, PRIVE ET COMMUNAUTAIRE.	140
6.2.1.	ACCROITRE L'ACCES FINANCIER AUX SERVICES DE SANTE A TOUS LES NIVEAUX.	140

6.2.2. RENFORCER LES CAPACITES DES STRUCTURES CHARGEES DE LA NORMALISATION, DE LA REGULATION ET DE L'ENCADREMENT DES FORMATIONS PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTE.	141
6.2.3. ORIENTATIONS MAJEURES EN MATIERE DE PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP.	143
6.3. SYNTHESE DES AXES PRIORITAIRES LIES AUX PRESTATIONS DE SOINS.	144
7. CONCLUSION	146

ANNEXES

Liste des abréviations

ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Assistant Technique sur site
BM	Banque Mondiale
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CERMES	Centre de Recherche Médicale et Sanitaire
CNGRH	Commission Nationale de Gestion des Ressources Humaines
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CNRD	Centre National de Référence de la Drépanocytose
CSI	Centre de Santé Intégré du secteur de la santé
Cadre Organique d'une entité	Nombre et types de postes de travail nécessaires pour remplir ses attributions
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des salariés relevant du Code du Travail
DAID/RP	Direction (ou Directeur) des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations publiques
DAF	Direction (ou Directeur) des Affaires Financières du MSP
DDSP ou District	Direction (ou Directeur) Départementale de la Santé Publique
DEP	Direction (ou Directeur) des Études et de la Planification du MSP
DG	Direction Générale (ou Directeur Général)
DGSP	Direction Générale (ou Directeur Général) de la Santé Publique
DGSR	Direction Générale (ou Directeur Général) de la Santé de la Reproduction
DGR	Direction Générale (ou Directeur Général) des Ressources
DHPES	Direction (ou Directeur) de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DI	Direction (ou Directeur) des Immunisations
DIES	Direction (ou Directeur) des Infrastructures et des Equipements Sanitaires
DL	Direction (ou Directeur) de la Lutte contre la Maladie
DN	Direction (ou Directeur) de la Nutrition
DOS	Direction (ou Directeur) de l'Organisation des Soins
DPHL/MT	Direction (ou Directeur) des Pharmacies, des Laboratoires, et de la Médecine Traditionnelle
DRFM	Direction (ou Directeur) des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction (ou Directeur) des Ressources Humaines
DRSP	Direction (ou Directeur) Régionale de la Santé Publique
DSME	Direction (ou Directeur) de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DS/RE	Direction (ou Directeur) de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
DS	Direction (ou Directeur) des Statistiques
DL	Direction (ou Directeur) de la Législation
ENSP NY	Ecole Nationale de Santé Publique de Niamey
ENSP ZR	Ecole Nationale de Santé Publique de Zinder
FAD	Fonds Africain du Développement
GdT	Groupe de Travail (Comité audit)

GRH	Gestion des Ressources Humaines
GPPEC	Gestion Prévisionnelle et Préventive de l'Emploi et des Compétences
HCME	Haut-Commissariat à la modernisation de l'Etat
HN, HD	Hôpital National, Hôpital Départemental
HNL	Hôpital National de Lamorde
HNN	Hôpital National de Niamey
HNZ	Hôpital National de Zinder
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
ISP	Institut de Santé Publique
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
LMD	Licence Master Doctorat
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies au Niger
MFPT	Ministère de la Fonction Publique et du Travail au Niger
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances au Niger
MIG	Maternité Issaka Gazobi
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAT	Personnel administratif et technique de la Fonction Publique
PDS	Programme de développement du secteur de la Santé
PF	Planning Familial
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTQ	Plan de Travail Quinquennal
PAA	« Plan d'Actions Annuel », programme d'activités annuel dans le secteur de la santé
SAF-GP	Dans chaque direction régionale, désigne le poste de chef de service administratif et financier, chargé de la gestion du personnel
SFDE	Sage-Femme Diplômée d'Etat
SG	Secrétaire Général
SIRH	Système d'Information des Ressources Humaines
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
TdRs	Termes de références
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population

Glossaire des termes techniques utilisés

Aire de Santé	Définie la zone d'attraction des populations vers une formation sanitaire. A la différence de la couverture sanitaire, elle ne se calcule pas par rapport à une aire géographique standardisée (rayon de 5 Km autour d'un CSI) mais en fonction de la provenance des populations fréquentant le centre. Un obstacle naturel, (montagne, fleuves) peut empêcher les populations de fréquenter une formation sanitaire géographiquement proche, une bonne voie de communication (ou un infirmier compétent) peut les amener à fréquenter une formation sanitaire plus éloignée.
Gestion Axée sur les Résultats (GAR)	La GAR est une 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
Couverture Prénatale	Nombre des femmes enceintes qui ont subi quatre visites prénatales. Rapporté au nombre de femmes enceintes, on parle de taux de couverture prénatale.
Compact	Il est un accord négocié et signé pour une durée déterminée par lequel tous les partenaires s'engagent à mettre en œuvre et à respecter les priorités nationales de santé définies et décrites dans la stratégie nationale de la santé. Les signataires du pacte national acceptent donc que tous les investissements actuels et futurs se fondent sur la stratégie nationale de santé, unique et validée, orientée sur les résultats, avec des coûts chiffrés, des critères clairs de performance pour toutes les parties et contrôlée et évaluée d'une manière transparente aux fins d'une responsabilisation mutuelle.
Couverture Postnatale	Nombre de femmes ayant accouché et qui ont subi une visite médicale dans le mois qui a suivi leur accouchement. Rapporté au nombre de femmes qui ont accouché, on parle de taux de couverture postnatal.
Couverture Sanitaire	Au Niger, la couverture sanitaire définit le nombre de personnes habitant dans un rayon de 0 à 5 Km autour d'un Centre de Santé Intégré. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire.
Couverture vaccinale	Nombre d'enfants de moins d'un an qui ont reçu une ou plusieurs vaccinations. En fonction du vaccin, on parle de couverture BCG, Polio, Penta anti - rougeoleux, etc., ou de couverture totale lorsque l'enfant a reçu toutes les vaccinations. Rapporté au nombre d'enfants de moins d'un an, on parle de taux de couverture vaccinale.
Genre	<p>Le Genre veut mettre en évidence le fait que les rôles féminins et masculins ne sont pas définis par le sexe (caractères biologiques) mais évoluent différemment suivant les situations sociales, culturelles et économiques. En fait avec l'idée de Genre, on évite de considérer de manière séparée soit les femmes soit les hommes.</p> <p>La situation respective des uns ne peut se comprendre que par rapport à l'autre sexe et qu'en fonction des structures de vie dans lesquelles chaque individu est inséré.</p>
Indice Synthétique de Fécondité	Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme a eu (ou aura si rien ne change) au cours de sa vie procréative (7,6 pour le Niger).
Létalité	Nombre de sujets décédés d'une maladie, rapporté à la morbidité spécifique sur une période donnée, on parle de taux de létalité
Morbidité	Nombre de sujets ayant été malades toutes causes confondues. On parle aussi de morbidité spécifique selon la maladie. Ou, lorsque l'on rapporte ce chiffre à la taille de la population pendant une période considérée, de taux de morbidité spécifique
Mortalité	Nombre de sujets décédés toutes causes confondues. La mortalité se calcule en général sur 1 an, rapporté à la taille de la population pendant la période considérée, on parle de taux de mortalité.
Mortalité Infantile	Mortalité spécifique chez les enfants de 0 à 11 mois.

Mortalité Infanto Juvénile	Mortalité spécifique chez les enfants de moins de 5 ans.
Mortalité Maternelle	Mortalité des femmes liée à l'accouchement ou aux suites immédiates de l'accouchement.
Paquet Minimum d'Activité	Liste des actes médico - techniques qui doivent être pratiqués dans une formation sanitaire. Cette liste est variable selon les niveaux de la pyramide sanitaire, limitée pour les cases de santé, la plus complète possible pour les infrastructures de référence nationale.
PBF	Outil de gestion, financement basé sur la performance
Prévalence contraceptive	Nombre de femmes en âge de procréer qui utilisent une méthode moderne de contraception. Données généralement issues d'enquêtes ponctuelles qui comptent le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive le jour de l'enquête. Rapporté au nombre de femmes visitées au cours de l'enquête, on parle de taux de prévalence contraceptive.
Santé de la Reproduction	C'est l'ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de bien-être physique, mental et social et non seulement en l'absence de maladies ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction.
Stratégie fixe	Stratégie qui consiste à fournir des soins au sein d'une formation sanitaire.
Stratégie foraine	Stratégie qui amène l'infirmier d'un CSI à se déplacer (en moto généralement) au sein de villages distant de 5 à 15 Km de sa formation sanitaire pour y apporter des soins
Stratégie mobile	Stratégie qui amène une équipe à se déplacer (en véhicule) au sein de villages situés au-delà de 15 Km d'un CSI pour y apporter des soins.
Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB)	Outil d'analyse de coût, de planification et de budgétisation pour une gestion des services de santé orientée vers les résultats basés sur les évidences scientifiques, dans les pays en voie de développement.

RESUME EXECUTIF

Le présent document constitue le rapport final de la **mission d'audit organisationnel et fonctionnel du Ministère de la Santé Publique au Niger**.

En exécution du mandat qui nous a été confié, et conformément aux termes du contrat relatif à cette étude, il confirme les données recueillies pour la première phase validée de l'étude, à savoir le **rapport d'analyse de situation et de diagnostic** (livrable I) et la **proposition des critères de choix et attributions du groupe de suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit** (livrable II).

Le premier livrable a permis d'identifier clairement :

- le cadre régissant le fonctionnement des différentes structures et des responsables du MSP ;
- les enjeux de la gestion du secteur en lien avec les défis majeurs tels que l'accessibilité aux soins et services de santé, l'évolution galopante démographique (notamment pour les jeunes) ;
- la décentralisation et la déconcentration ;
- le financement, ... etc. ;
- les enjeux du secteur de la santé tant sur le plan national, régional et international susceptibles d'influencer l'organisation et le fonctionnement du MSP ;
- les bonnes pratiques et les goulots d'étranglements qui affectent l'efficacité et l'efficience du fonctionnement de ses structures, services et établissements.

Le second livrable s'est centré sur les critères de choix et les attributions du groupe de travail chargé du suivi et de l'encadrement de la mise en œuvre du projet de modernisation disponibles (que nous appellerons *Groupe de Suivi et de Pilotage*). Ces critères devraient permettre de mettre en place une équipe restreinte, disponible et « percutante » qui sera chargée du pilotage, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre des réformes et recommandations contenues dans le projet de modernisation du Ministère de la Santé (présent rapport).

A partir de ces livrables ainsi validés par le bénéficiaire, le présent rapport final identifie les axes prioritaires de modernisation et les orientations majeures de renforcement des capacités du Ministère de la Santé à court, moyen et long terme pour les prochaines années.

Nous noterons que ces axes prioritaires de modernisation et les orientations majeures de renforcement des capacités du Ministère de la Santé ne sont pas exhaustifs, loin de là, l'objectif pour cette dernière phase étant de **prioriser, de hiérarchiser et de proposer des actions objectivement réalistes et réalisables**.

L'équipe de consultance a toujours été soucieuse de viser tant que faire se pouvait la participation, l'association des équipes du MSP de manière à favoriser au maximum l'engagement et l'appropriation des uns et des autres, sources potentielles de transferts de compétences et de conduite de changements.

PLAN DU RAPPORT

Le présent rapport identifie les axes prioritaires de modernisation et les orientations majeures de renforcement des capacités du Ministère de la Santé. Pour ce faire, comme pour le rapport d'analyse de situation et de diagnostic, l'étude a été structurée à la demande du bénéficiaire autour des six (6) piliers du système de santé tels que définis par l'OMS, à savoir :

1. la gouvernance,
2. le financement,
3. les ressources humaines en santé,
4. les ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments),
5. le système d'information sanitaire,
6. les prestations.

Comme précisé précédemment, de manière à favoriser au maximum l'engagement et l'appropriation des uns et des autres, sources potentielles de transferts de compétences et de conduite de changements, mais aussi de proposer des **axes et orientations réalistes et réalisables (notion de faisabilité)**, l'équipe de consultance a décliné pour chaque pilier un certain nombre d'axes, eux-mêmes déclinés en actions concrètes.

Pour chaque axe (voire parfois pour certaines actions majeures) sont précisés ce qui nous a semblé représenter les contraintes, leviers et risques à lever pour une mise en œuvre optimale des axes ou actions (encadrés).

Pour chaque axe de modernisation, un **schéma de renforcement des capacités du MSP** est présenté (matrice 1), précisant pour chaque axe stratégique,

- le niveau d'intervention (institutionnel, stratégique, organisationnel et opérationnel),
- les besoins en formation,
- les besoins en expertise (interne ou externe),
- les outils à concevoir ou à mettre en œuvre,
- les commentaires et les recommandations le cas échéant.

En fin d'étude de chacun des six (6) piliers, avec une approche utilisant un cadre logique (cadre de résultats permettant de présenter de façon synthétique la logique des interventions proposées et la façon dont seront mesurés les résultats) ; une **synthèse des axes prioritaires de modernisation en rapport avec chaque pilier** (la gouvernance, le financement, les RHS ... etc.) est également présentée (matrice 2). Cette matrice décline pour chaque axe :

- les indicateurs objectivement vérifiable (IOV),
- le chef de file (en rapport avec l'exercice du leadership),
- les échéances de planification,

- les éventuelles recommandations (afin de viser les résultats attendus et lever les risques potentiels).

Modèle MATRICE 1

Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP <i>(sur le plan quantitatif et qualitatif)</i>						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
		Institutionnel				
		Stratégique				
		Organisationnel- Opérationnel				

Modèle MATRICE 2

Cadre logique : synthèse des axes prioritaires de modernisation liés à chaque pilier (la gouvernance, le financement, les RHS ... etc.)

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.
Objectifs Spécifiques	<p>Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i>

FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP

PILIER abordé (Gouvernance, Financement, RHS ...)

IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°1 : ...				
Axe/résultat attendu N°2 : ...				
Axe/résultat attendu N°3 : ...				

Introduction

Dans le cadre du processus de modernisation de son administration, le Ministère de la Santé Publique, après avoir fait le diagnostic de son organisation et de son fonctionnement (phase I de l'étude), s'apprête à aborder une phase importante de ce travail. Celle qui consiste à fixer les nouvelles orientations et axes stratégiques devant le conduire à concrétiser cette modernisation et le renforcement de ses capacités. C'est dans cette perspective que dans la suite logique de la phase I de la mission deux (2) ateliers ont été organisés :

- le 27 avril 2015, l'Atelier de validation de l'analyse situation du MSP,
- les 27, 28 et 29 avril 2015, l'Atelier national de formulation des axes stratégiques de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du MSP.

Le second atelier a été pour la présente étude un terreau essentiel pour alimenter les axes de modernisation et orientations du plan de renforcement des capacités du MSP qui sont présentés dans le présent document.

De nombreux acteurs ont été associés à cet atelier (cadres du Ministère de la santé publique avec des représentants de chacun des échelons, de l'administration centrale à chacun des échelons déconcentrés ; plusieurs départements ministériels dont la primature et la présidence; le Haut-Commissariat à la modernisation de l'administration ; les PTF ; le secteur privé pharmaceutique et médical ; la société civile etc.)

Comme déjà précisé en phase I, plusieurs réformes ont été envisagées dans le passé dont la plus récente a été celle initiée par le MSP/LE en 2006 (*Core Advice*). Cette dernière qui ambitionnait des mutations institutionnelles après un constat d'une insuffisance organisationnelle et fonctionnelle du Ministère et des services qui sont sous sa responsabilité, n'a pas été suivie d'effets réels de portée pour induire les changements escomptés. Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer la panne de cette réforme.

La volonté du Ministère est cette fois de créer toutes les conditions lui permettant d'éviter un tel dénouement pour le processus actuel, car les éléments de diagnostic sont tels qu'une action courageuse, ambitieuse et immédiate est seule capable d'éviter une aggravation et permettre de réaliser nos nobles objectifs et idéaux pour le meilleur état de santé possible pour les nigériens. **C'est dans une telle quête que l'atelier national de formulation des axes stratégiques de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du MSP a été une véritable charnière, car il a mis en interaction dynamique les nombreux acteurs tous soucieux d'améliorer la santé des populations nigériennes.**

L'atelier s'est déroulé à un moment où le Ministère de la santé publique s'est engagé dans un processus d'élaboration de sa politique sanitaire, du PNDS 2015-2020, où il a entrepris également de finaliser son code de santé publique et de revoir les attributions de plusieurs structures du MSP. **Ces différentes dynamiques pourront tirer avantage des résultats des présentes réflexions.**

L'atelier s'est voulu avant tout **participatif, dynamique, responsable, sincère et constructif**. Il a su tirer partie au maximum de la grande expérience et de l'expertise des acteurs présents. Il s'est voulu aussi comme devant **créer un niveau d'appropriation et d'adhésion tel que les acteurs seront porteurs et vecteurs des changements escomptés.**

Lors de cet atelier, des tables rondes ont été organisées, autour de six (6) thématiques élaborées conjointement avec le Comité de suivi de l'audit.

Les thèmes suivants ont été proposés pour les focus-groupes :

<p>Thématique 1</p>	<p>Quels sont les leviers pour l'application rigoureuse des textes, normes, outils et procédures en vigueur ?</p> <p>Pour exemples, concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes et standards en santé ▪ Règles et procédures ▪ Passation de marché ▪ Cadre organique ▪ Mesures disciplinaires ▪ Respect de la ligne hiérarchique administrative ▪ Affectation et nomination ▪ Évaluation des performances individuelles et collectives
<p>Thématique 2</p>	<p>Le MSP est d'ores-et-déjà engagé dans un processus de réformes et de modernisation de l'Etat. Quelles seraient les mesures rendant plus efficaces les mécanismes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décentralisation ; ▪ Déconcentration ; ▪ Dévolution.
<p>Thématique 3</p>	<p>La communication impacte directement la performance, la crédibilité, la visibilité et la lisibilité du MSP. Elle est insuffisamment prise en compte et optimisée en tant que telle. Quels seraient les axes prioritaires de progrès à mettre en œuvre (communication interne et externe, de crise, visibilité du MSP, signalétique, SNIS, image du MSP ...) afin d'améliorer la situation actuelle ?</p>
<p>Thématique 4</p>	<p>La répartition équilibrée et équitable sur le territoire national, la gestion prévisionnelle des RHS, l'adéquation profil d'emploi/profil de l'agent, et l'anticipation des besoins en compétences de ses ressources humaines conditionnent la qualité des services publics de santé dont le MSP a la charge (administration centrale et déconcentrée, prestations de soins et leur accessibilité ...). Quels seraient les dispositifs permettant une gestion optimum de ces RHS ?</p>
<p>Thématique 5</p>	<p>Comment optimiser et développer de manière rationnelle et performante les financements actuellement disponibles, et</p>

	<p>comment s'inscrire dans une démarche de financement prévisionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - maîtriser les flux de financements (budget de l'Etat, contributions des partenaires, ménages, collectivités territoriales) ; - Repenser les programmes spécifiques (gratuité, couverture universelle, évacuations sanitaires, indigence) ; - Outil PBF (notion de financements basés sur la performance) ; - Repenser les outils de gestion (tableau de bord pour les mobilisation, décaissement, planification, passation des marchés, suivi et contrôle, reddition des comptes) ; - Promouvoir les financements innovants (taxation tabac, transactions financières, ...).
<p>Thématique 6</p>	<p>Comment garantir l'accès à des services de qualité de proximité à la population dans le secteur public et privé (à but lucratif et non lucratif) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi et modulation de l'extension de la couverture de service sanitaire public et privé (carte sanitaire) ; - maîtrise et contrôle de la double appartenance secteur public/privée/académique (légale ou non) ; - maîtrise de la disponibilité et de l'accès financier et géographique des médicaments (production, approvisionnement, distribution, dispensation), contrôle qualité des médicaments ; - valorisation de la médecine traditionnelle ?; - promotion du rôle des Ordres et associations professionnels, et des usagers (bénéficiaires, consommateurs) ; - suivi et contrôle de la maintenance préventive et curative (équipements bio-médicaux et autres, infrastructures ...) ; - réorganisation des structures centrales, DRSP, et districts ; - démarche qualité ISO 9000/9001.

Ces thèmes ont reflétés les éléments du diagnostic institutionnel et les actions qui ont été suggérées afin d'améliorer la situation pour en garantir une plus grande performance. Chaque thème a permis de fixer le cap des réformes à envisager.

Plus de soixante (70) goulots d'étranglement ont pu être confirmés par les tables rondes, les uns souvent interdépendants des autres.

A l'issu de ces tables rondes et après exploitation des travaux de groupes, encore une fois avec le souci de réalisme et de faisabilité quant à la mise en œuvre de ces axes, dix-neuf (19) axes stratégique d'orientation ont pu être identifiés, présentés dans ce document.

Ces axes sont les suivants :

Pilier I Gouvernance

1. **AXE 1.** Affirmer le leadership et l'autorité du MSP dans le respect des textes et dans la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats
2. **AXE 2.** Cadres normatifs : des leviers d'exigence en matière de gouvernance et de gestion
3. **AXE 3.** Organiser une planification sanitaire stratégique et opérationnelle participative consensuelle et ascendante axée sur les résultats et articulée avec la planification des collectivités locales
4. **Axe 4.** Dialogue politique : promouvoir un dialogue politique multisectoriel ouvert aux communautés, à la société civile et aux PTFs, et respecter les principes de la déclaration de Paris

Pilier II Financement

5. **Axe 5.** Améliorer la gestion budgétaire
6. **Axe 6.** Concrétiser la couverture santé universelle (CSU): passer de la volonté politique et de l'ambition à sa matérialisation

Pilier III Ressources Humaines

7. **Axe 7.** Passer d'une culture de gestion administrative et « politisée » du personnel à une culture de gestion prévisionnelle et stratégique axée sur les résultats à travers des outils modernes d'aide à la décision
8. **Axe 8.** Rendre opérationnel le système d'évaluation et de l'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007
9. **Axe 9.** La gestion de la qualité de la formation initiale et continue

Pilier IV Infrastructures, Equipements et Médicaments

10. **Axe 10.** Faire respecter les cadres normatifs des Normes et Standards, et la carte sanitaire
11. **Axe 11.** Optimiser la gestion des équipements et des infrastructures
12. **Axe 12.** Adopter une nouvelle politique pharmaceutique adaptée au contexte et aux enjeux présents et futurs

Pilier V Système d'Information Sanitaire (SIS) et Communication

SIS

13. **Axe 13.** Rendre le système d'information sanitaire plus intégré fiable, sécurisé et capable de générer une information en temps réel utile pour la prise de décision
14. **Axe 14.** Organiser, développer et promouvoir la recherche comme outils d'aide à la décision

Communication

15. **Axe 15.** A partir du PNCD, décliner un plan de communication sectoriel qui définit les orientations stratégiques du ministère en matière de communication (charte graphique : logo, carte de visite, papier entête... ; site web, réseaux sociaux, panneaux)
16. **Axe 16.** Délimiter les champs de compétences et de responsabilités
17. **Axe 17.** Préparer un mécanisme de gestion de la communication numérique en prévision de la boucle intranet initiée par le Haut commissariat à l'informatique

Pilier VI Prestations de services

18. **Axe 18.** Centrer les prestations des soins sur la satisfaction des besoins des usagers et sur la démarche qualité
19. **Axe 19.** Introduire des procédures d'assurance de qualité dans les services public, privé et communautaire

Axes prioritaires de modernisation et plan de renforcement des capacités du MSP

1. Pilier I : GOUVERNANCE

1.1. AXE 1. Affirmer le leadership et l'autorité du MSP dans le respect des textes et dans la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats



Autorité et leadership sont étroitement imbriqués dans la gestion et la conduite d'un ministère d'envergure tel que le ministère de la santé au Niger.

Cela se manifeste par la faculté à **instaurer une relation de confiance réciproque** (autorités et agents), à **être en capacité à fédérer et à mobiliser les énergies** autour de projets et d'actions collectifs.

Le leader, à chaque niveau de ses responsabilités et champs de compétences, doit être **légitimé dans sa position** (du fait de son parcours, de sa nomination en toute transparence respectant les procédures règlementaires, de sa compétence ou de son expertise, comme de son expérience) qui permettra au groupe de son département, structure ou service de le reconnaître en tant que tel et de lui déléguer son pouvoir éventuel de décision.

Le leadership ou l'exercice du pouvoir, de l'autorité et de l'influence permet donc au responsable d'assumer son rôle et d'amener les agents placés sous son autorité à réaliser leurs objectifs en utilisant justement son pouvoir, autorité et influence.

1.1.1. Direction politique et technique du MSP : des champs de compétences bien distincts

L'analyse de situation et la phase diagnostique ont pu montrer que le MSP connaissait une défaillance de leadership en général (vision et cap non formulés ni partagés ou diffusés, absence de prise de décisions relatives aux réformes touchant les RHS, etc.), et d'autorité en particulier (ligne hiérarchique non respectée, aucun système d'évaluation ou de sanction réel en place, impunité, etc.). Faute de cap et de vision claire, chacun travaille à vue, dans l'urgence et souvent au coup-par-coup.

L'analyse a également fait mention de chevauchements des attributions, missions, responsabilités et compétences, notamment pour des fonctions qui sont assurées à la fois par plusieurs entités (pour exemples, la DGSR et la DGSP avec le service des ressources ; ou encore la communication relevant tant du responsable de communication auprès du ministre, de la cellule communication à la DN ou à la DI ; ou encore, concernant les projets et programmes, ancrés à la DEP alors que celle-ci n'est pas staffé pour cela, et n'en a pas les compétences (la DEP étant avant tout une direction de conception et d'étude).

Cet état de fait engendre un certain nombre de dysfonctionnements, notamment la confusion des rôles entre les responsables, structures ou services.

Cela est tout d'abord ressenti entre le Cabinet du Ministre et le Secrétariat Général, donnant à la fois « le ton » pour l'ensemble du MSP et impactant l'efficacité, sentiment d'ingérence, et frustration à tous les niveaux de la pyramide.

Nous recommandons donc que le champ du politique (prérogative du Cabinet du Ministre) et celui du technique (prérogative du Secrétaire Général) soient bien distincts l'un de l'autre, sans interférence voire ingérence de l'un par rapport à l'autre, tout en ciblant une complémentarité nécessaire.

Rappelons à ce titre les rôles de chacun :

Le Cabinet du Ministre

Le cabinet ministériel est un organisme restreint, formé de collaborateurs personnels, si possible choisis par le ministre, ayant pour mission de le **conseiller dans la** réalisation de l'ensemble de ses missions, et dans ses relations et sa communication avec l'extérieur. Plus précisément, les membres du cabinet **assistent le ministre dans la définition, la transmission et le contrôle de l'application des décisions et orientations que le ministre souhaite voir mises en œuvre par ses services**. Son existence s'explique par la **nécessité pour un ministre de pouvoir compter sur une équipe dévouée et proche de lui sur le plan politique**, puisqu'il ne peut (normalement) choisir les membres de son administration. A la différence de l'administration centrale, le cabinet n'est donc pas (en théorie) un organisme permanent.

Contrairement aux autres fonctions de l'administration, si l'Ordonnance n°99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions, précise parfaitement la composition et les modalités de nomination du cabinet du ministre, elle laisse une certaine interprétation quant à ses fonctions.

Le cabinet représente avant tout un point d'articulation essentiel entre la dimension politique (garantir le respect de la politique du Gouvernement tout en participant au processus décisionnel) **et la dimension administrative** (s'assurer de la traduction de cette politique en actions et mesures techniques et administratives).

Son rôle est un rôle à la fois de « courroie transmission » et de liaison entre le ministre, d'une part, ses services et les autres départements ministériels d'autre part. **Le cabinet ne doit en aucun cas "faire écran" et s'interposer entre le ministre et ses services, ni se substituer à eux**. Il est donc indispensable d'établir des relations de collaboration suivies avec les directeurs des administrations centrales.

Le Secrétariat Général

Sous l'autorité du Ministre de la Santé, le secrétariat général constitue l'organe administratif chargé de la mise en application de la politique gouvernementale dans le secteur de la santé. Le secrétariat général est dirigé par un Secrétaire général.

Le secrétaire général dirige le secrétariat général. Les directions, délégations et services du secrétariat général sont placés sous son autorité. Il est assisté, pour l'ensemble de ses fonctions, par un secrétaire général adjoint.

Le secrétaire général assiste le ministre pour l'administration de son ministère, dans l'animation, la coordination et le contrôle de l'action des structures du ministère de la santé. Selon l'Ordonnance n°99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions, il est chargé de :

- suivre conformément aux instructions du ministre, l'exécution des décisions prises dans le domaine des attributions du ministère par le Président de la République et le Gouvernement,
- programmer, d'impulser, de coordonner, de suivre et d'évaluer les activités des différentes structures du ministère,
- viser et de soumettre à la signature du ministre tous les actes préparés ou élaborés par les structures du ministère,
- superviser la gestion financière et administrative du département,
- assurer sur le plan technique les liaisons avec les autres ministères et institutions partenaires, prendre les actes pour lesquels les textes en vigueur délèguent le pouvoir,
- signer les actes pour lesquels il reçoit la délégation du ministre.

Le Secrétaire Général est garant de la continuité de l'administration au niveau de son ministère. Il peut être assisté par un Secrétaire Général Adjoint dont les attributions sont spécifiées par un arrêté ministériel, et qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement. Le Secrétaire Général exerce le pouvoir hiérarchique direct sur les structures du ministère. Il participe sous la supervision du ministre, à l'organisation de rapports fonctionnels harmonieux entre les responsables des structures et des organes du ministère et à la complémentarité des actions entreprises ou à mener par ces organes et structures.

Actions prioritaires recommandées

Afin d'éviter toute interposition voire ingérence entre le cabinet et les services administratifs, il est donc essentiel que **le ministre veille à avoir des relations de travail régulières et suivies avec les directeurs d'administration centrales de ses services.** Son administration mettra d'autant plus efficacement en œuvre les objectifs fixés par le Gouvernement que le ministre entretiendra avec elle un dialogue et des relations directes. L'efficacité et la cohésion d'un cabinet seront d'autant plus grandes que le cabinet sera restreint.

Cela implique également que les fonctions de chacun des membres du cabinet (lettre de mission ou descriptif d'emploi/fonctions) **soient clairement définies** (conseillers compris, par champs d'expertises ou spécialités).

Nous pensons par ailleurs que la nature des fonctions de membres de cabinet ministériel et les charges qu'elles impliquent les rendent incompatibles avec toute autre fonction au sein de l'Administration de l'Etat, d'un établissement ou d'une entreprise publics, et naturellement d'une entreprise privée.

Pour les mêmes raisons, les membres de cabinet ne peuvent être nommés au sein de conseils d'administration ou organes délibérants des organismes publics ou privés qui prévoient une représentation de l'Etat. Il convient également de ne pas les désigner pour siéger dans les instances officielles permanentes (commissions, conseils, ...) au sein desquelles le ministère de la santé serait représenté.

Enfin, il est recommandé que les membres du cabinet ne conservent pas leurs fonctions s'ils sont candidats à toute élection ou tout mandat local ou national, et veillent particulièrement au respect des règles déontologiques et pénales, notamment en ce qui concerne les informations de nature économique et financière qu'ils pourraient détenir en raison de leurs fonctions.

S'agissant du Secrétariat Général, nous pensons que cet organe doit concourir à la réalisation de trois (3) objectifs majeurs au profit des directions centrales, services, structures et établissements du Ministère de la Santé :

- **Pilotage et coordination des politiques** du ministère à travers ses directions générales et fonctionnelles,
- **Prestations de services** à travers ses directions ou services transverses
- Le secrétaire général est **l'un des principaux acteurs de la réforme** du Ministère de la Santé. Il est **responsable de la modernisation de l'administration du ministère**.

Le Secrétaire Général doit donc veiller à la cohérence de l'action ministérielle en **assurant la coordination administrative** entre les directions générales et **l'animation territoriale** dans les domaines relevant de sa compétence.

Il doit conduire (notion de pilotage, de portage et de leadership) les réflexions stratégiques relatives à l'organisation et à l'administration du ministère de la santé et proposer leurs évolutions, en lien avec les directions. **Il doit définir, mettre en œuvre et promouvoir** les politiques de modernisation administrative du MSP (notion de leadership et de portage).

Il est essentiel qu'il réunisse de manière assidue (chaque semaine) en collège les directeurs sur les sujets d'intérêt commun, et s'assure de la mise en œuvre des décisions prises dans ce cadre.

Il doit s'assurer, au sein du MSP, de la prise en compte des objectifs de performance des programmes budgétaires.

En lien avec les directions en charge des projets et programmes, il doit aussi s'assurer de la définition de la politique de l'encadrement supérieur ainsi que de sa gestion prévisionnelle et personnalisée.

Sa coordination des dispositifs de contrôle interne pour la maîtrise des risques mis en place au sein du MSP est essentielle.

Le respect de ces champs d'actions et de compétences de chacun, et l'application des prérogatives qui leur sont inhérentes **permettront au Cabinet et au Secrétariat Général**,

conjointement et efficacement, de veiller à l'unité dans la conception et l'élaboration des décisions ainsi que leur mise en œuvre (ce qui n'est pas le cas à ce jour).

1.1.2. Positionnement de l'IGS

L'**Inspection générale des services (IGS)** est un service administratif chargé d'un champ très large de compétences qui s'étend à l'ensemble des questions relatives à la santé. L'inspection générale assure ainsi le contrôle et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la santé.

L'IGS est censé conduire des missions qui sont de trois types :

- **Le contrôle des institutions** (administrations, organismes publics, parapublics et privés ou faisant appel à de l'argent public) **qui interviennent dans le champ de la santé**. Ces missions ont pour objet la vérification approfondie du respect de la réglementation, du bon usage des fonds publics, de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation. Le contrôle peut également porter sur des fonds privés lorsqu'ils sont récoltés par appel à la générosité publique ;
- **Des missions d'enquête générale et d'évaluation**. Elles peuvent viser un organisme particulier ou un dispositif national, une loi ou l'ensemble d'une politique publique liée à la santé. Elles intègrent de façon croissante des démarches d'administration comparée. Elles sont destinées à être publiées sauf avis contraire du ministre sur Internet (site de la direction de l'information légale et administrative) ;
- **Des missions d'appui**, à la demande du Ministre de la Santé (voire autres ministres), qui prennent la forme de missions de conseil (aide à la modernisation, à la mise en œuvre de réformes) ou de concours individuels temporaires d'un inspecteur (rapporteur auprès d'un parlementaire notamment ou en appui auprès d'un cabinet ministériel).

Les organes d'inspection sont mis en place dans l'ensemble des administrations par la loi n°2011-20 du 08 août 2011 déterminant l'organisation déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'État et fixant ses missions.

Rappelons que les attributions des responsables de l'Inspection Générale des Services (IGS) sont déterminées par les textes spécifiques notamment le décret n° 2013-070/PRN/PM du 22 février 2013, lequel stipule que **l'IGS est un organe de veille, de contrôle interne et d'appui-conseil**. Elle assiste le ministre dans la gestion administrative et technique de services et contrôles d'utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition du ministre et des organes qui en dépendent. Elle veille également au respect des normes tant pour l'administration centrale, déconcentrée décentralisée que pour des établissements et organismes sous tutelles. Elle est le répondant du Secrétariat Général du Gouvernement au sein du MSP.

Cependant, le rapport de diagnostic l'ayant constaté, l'IGS fait face aujourd'hui à trois (3) grandes difficultés dans l'exercice de ses missions :

- un manque de ressources (ressources humaines ; expertises spécifiques telles le contrôle de gestion, l'audit interne, la gestion analytique, l'expertise

pharmaceutique, ou encore la GRH ; et de moyens) pour réaliser ses missions et couvrir l'ensemble de ses domaines d'intervention ;

- une absence de droit de regard (au titre de l'article 7 du décret n° 2013-070/PRN/PM du 22 février 2013) concernant certaines opérations sensibles en matière de services et marchés publics passés par le MSP, ou contrats administratifs ;
- une culture de l'impunité dans l'administration en général, dans le MSP en particulier (rapports non-suivis d'effet).

Actions prioritaires recommandées

Doter l'IGS d'un positionnement lui permettant de renforcer son pouvoir et d'assurer ses prérogatives d'inspection et de contrôle en toute objectivité et neutralité nécessite avant tout une **volonté du Ministre, l'implication du Cabinet du Ministre et du Secrétaire Général** (incluant les Directions Générales et les DRSP) dans la mise en œuvre ou la supervision de la mise en œuvre des recommandations de l'IGS.

Cela signifie que l'IGS « *ait les mains libres* » pour programmer librement ses propres inspections et audits, quand elle le souhaite, où elle le souhaite, auprès de qui elle souhaite (cabinet ou secrétariat général compris).

Nous recommandons également que soit mis à la disposition de l'IGS les matériels adéquats à la hauteur de son mandat (véhicules et matériels informatiques et bureautiques) afin qu'elle puisse assurer ses missions, que l'IGS élabore en son sein, un protocole d'inspection (qui n'existe pas ou en partie à ce jour) en termes de méthodes, procédures et outils d'inspection, et qu'un plan de formation soit élaboré à destination des inspecteurs (majoritairement des médecins) afin de renforcer leurs expertises et leur autonomie (ressources humaines ; expertises spécifiques telles le contrôle de gestion, l'audit interne, la gestion analytique, l'expertise pharmaceutique, ou encore la GRH ; et de moyens).

Dans la même logique, toutes les missions donnent lieu à la rédaction de rapports (nous recommandons de porter une attention toute particulière à la démarche qualité dans l'élaboration de ses rapports, afin de faciliter leur appropriation par les décideurs et le public intéressé). Ces rapports et recommandations de l'IGS devront être systématiquement discutés *en commission des suites* (avec le Cabinet du MSP, le Secrétaire Général et les Directions Centrales) pour s'assurer de la mise en œuvre des recommandations formulées, voire l'application des mesures correctives et disciplinaires si besoin, en toute transparence et objectivité.

L'IGS et la DOS nous semblent dégager une certaine complémentarité quant à la connaissance des structures de soins privées comme publiques. Nous pensons qu'il est possible d'imaginer un travail commun en matière d'inspections, notamment en amont comme en aval de celles-ci.

Enfin, il nous semble également fondamental, dans les perspectives de neutralité et d'objectivité mentionnées plus haut, afin de viser résultats et performances, que les inspecteurs soient principalement recrutés sur la base de compétences techniques et de qualités telles que l'intégrité et l'impartialité professionnelles.

Sans cette approche volontariste et de valorisation de l'IGS, il nous semble illusoire d'améliorer l'utilisation des ressources et donc les performances du secteur de la santé.

1.1.3. Management et pilotage de l'action collective du MSP

Qu'est-ce que le management ?

Le management est un processus qui consiste à définir des objectifs et coordonner les efforts des membres d'un groupe pour pouvoir atteindre ces objectifs.

Quelle que soit la forme de l'organisation (entreprise privée ou publique, ministère, établissement de soins, DSRP, district, ... etc.), le management est un processus qui pourrait être décrit au moyen de trois (3) verbes :

- **Diriger** : consiste à fixer des objectifs et choisir les voies pour les atteindre ;
- **Mobiliser** : consiste à mettre en œuvre des ressources humaines, financières et matérielles de manière optimale ;
- **Contrôler** : consiste à vérifier si les objectifs ont été atteints et décider, si nécessaire, de prendre des mesures correctives appropriées.

Par ailleurs, le management se décline selon l'horizon temporel : à **court terme**, on parle de **management opérationnel**, à **long terme**, on parle de **management stratégique**.

Qu'est-ce que le management stratégique ?

Le management stratégique est l'ensemble des décisions qui relèvent de la direction du ministère et qui ont pour ambition de définir la stratégie du MSP.

Ces décisions stratégiques ont un impact à long terme et ont pour objectif principal d'assurer le développement et la pérennité du ministère et de ses structures ou établissements.

Le management stratégique repose sur une double démarche : une analyse des **ressources et compétences** de son organisation permettant de dégager ses **forces et faiblesses** et une analyse de **son environnement** pour mettre en lumière les **opportunités** à saisir et les **menaces** à éviter (le rapport de diagnostic a pu mettre en perspective ces aspects).

Qu'est-ce que le management opérationnel ?

Le management opérationnel correspond aux décisions prises par la hiérarchie intermédiaire (DSRP, chefs de services, chefs de division, responsable de district ou de CSI ... etc.) concernant la gestion courante du ministère.

Ces décisions concernent le court ou le moyen terme et ont pour objectif l'optimisation des ressources pour atteindre les objectifs fixés.

En revanche, dans les grandes entreprises, il n'est pas toujours aisé d'articuler ces deux composantes.

Malgré une culture et, pour partie, une expertise interne au MSP en matière de réflexion stratégique et prospective, et en dépit de nombreux documents stratégiques et opérationnels (PNS, PNDS, PAA, plans d'actions ...), la phase de diagnostic de la présente mission a mis en exergue le constat d'une absence de réelle stratégie, à tous les niveaux

de la chaîne, avec une difficulté pour le ministère à articuler les deux (2) composantes que sont le management stratégique et opérationnel.

Au-delà de l'absence d'outils de gestion, de planification et de prospective (tableaux de bord de gestion, de suivi et de contrôles, manuel de procédures ... etc.), les causes identifiées sont également centrées sur une défaillance du management, au sens large du terme, à savoir :

- une insuffisance de cap et de vision (orientations clairement définies, partagées et diffusées),
- une insuffisance de leadership,
- une unité dans la coordination du management,
- une gestion dans l'urgence et l'immédiateté (les activités non programmées prenant le pas sur celles qui l'étaient),
- une insuffisance d'exigence, de fermeté et redevabilité (l'absence d'objectifs individuels et collectifs ciblés, de résultats attendus mesurés et évalués, de système d'évaluation des performances individuelles comme collectives).

L'objectif du management étant de traduire en actes concrets les finalités du Ministère de la Santé, en faisant en sorte que les acteurs de l'organisation agissent dans ce sens, il apparaît urgent de mettre en œuvre des actions simples et pragmatiques dont le management sera un levier essentiel de changement.

1.1.3.1. Donner des repères, poser des objectifs, évaluer et contrôler

La démarche consiste ici à donner à l'ensemble des agents du MSP, via le Cabinet du Ministre et le Secrétariat général, des repères communs et précis : quels sont les axes, orientations et priorités politiques à moyen et à long termes déclinés en schémas directeurs techniques et opérationnels que le ministère se donne à l'horizon 2016, 2020, 2030 ... etc . ? Quels sont les décisions et choix prioritaires du ministère qui seront déterminants pour l'avenir du ministère ?

Autrement dit, il s'agit là de **fixer des objectifs** (management stratégique : orienter l'avenir du MSP), bien entendu compatibles avec les finalités du MSP, de faire en sorte que les divers acteurs du MSP, à chaque niveau de responsabilité, aient les moyens d'actions, aient les compétences mais aussi la volonté d'atteindre ces objectifs (**mobiliser les ressources**), puis de vérifier que les objectifs étaient valides, qu'ils ont été atteints et, sinon, de prendre les décisions permettant de redresser la situation (**évaluation et organisation**).

L'atteinte de chacun de ces objectifs suppose la mobilisation de ressources, humaines, matérielles et financières, dont il faudra **rationaliser les coûts et mutualiser les ressources** (traitements et salaires et formation des ressources humaines, fonctionnement et maintenance des ressources matérielles, optimisation des ressources financières, ... etc).

L'évaluation régulière des résultats est indispensable : il s'agira ici de vérifier que les objectifs fixés ont été réellement atteints (**contrôle de l'efficacité**) mais aussi qu'ils ont été atteints en économisant au mieux les ressources mobilisées (**contrôle de l'efficience**) ; en effet, il n'est jamais d'aucun intérêt de persister dans des actions qui coûtent plus qu'elles ne rapportent (management opérationnel : optimiser la gestion des ressources du MSP).

Il est par ailleurs essentiel que tous les agents, à chaque niveau de responsabilité, redeviennent comptables du travail réalisé (ou non) au sein de leur service (qualité et quantité de production).

Un tel positionnement managérial de la direction du MSP où l'exigence et le rendre-compte seront des préoccupations permanentes, est source de motivation, de mobilisation et d'engagement et apportera visibilité (on sait où l'on va, c'est rassurant et mobilisateur) **et lisibilité** (on peut tracer les actions réalisées comme les responsabilités, les évaluer, les contrôler et les recalibrer le cas échéant).

Comme nous l'avons déjà remarqué, l'inverse est aussi vrai en termes de démotivation, frustration, désengagement, *cours-circuitage* et passe-droit, impunité et non redevabilité.

Une telle approche permettra également aux plus hautes instances dirigeantes du MSP, puis à chaque niveau de la hiérarchie (*courroie de transmission*), de **prendre le lead** des activités, de **donner du sens** au travail des équipes, de restaurer l'autorité tout au long de la ligne hiérarchique, et de se positionner en **porteur de projets**.

Ainsi, les deux (2) types de management se distingueront par leur objet (fixer le cadre de l'activité du MSP pour les prochaines années / management stratégique ; optimiser le fonctionnement quotidien dans le cadre fixé / management opérationnel), par la portée de leurs décisions (à moyen ou à long terme pour le management stratégique, à court terme pour le management opérationnel).

Ils seront aussi nécessairement complémentaires, le management opérationnel agissant quotidiennement pour servir les objectifs définis par le management stratégique, le management opérationnel étant aussi en mesure de fournir de précieuses informations sur la réalité vécue par les équipes-terrain, qui permettront au management stratégique de redéfinir si besoin la réalité projetée.

Enfin, cette complémentarité mérite d'être comprise par l'ensemble des acteurs du MSP, tant internes qu'externes, qui ne voient pas toujours spontanément l'intérêt de tel ou tel bouleversement imposé par les plus instances du MSP. Un réel **effort de communication** devra être déployé par l'encadrement dirigeant afin d'éviter aux uns et aux autres de souffrir de ne pas comprendre la finalité et les modalités des changements et nouvelles pratiques qui leur seraient désormais imposés.

1.1.3.2. Coordonner, concerter, associer et responsabiliser

Nous pensons qu'une volonté affirmée avec force au plus haut niveau de la hiérarchie du MSP est avant tout nécessaire pour aboutir à une coordination efficace des hommes, des actions et des services, à l'application des textes en vigueur, à un véritable processus de contrôles, à l'application des mesures disciplinaires comme la reconnaissance du mérite, à la rigueur dans le respect des objectifs et l'obtention des résultats (approche GAR), à la fermeté vers les bonnes pratiques professionnelles (éthique, déontologie, civisme, valeurs des missions de service public, prise en compte du patient, ... etc), et à l'évaluation des performances individuelles des agents.

Dans cette perspective, à notre sens, quelques mesures pratiques s'imposent :

▪ **Instaurer une politique d'intégrité et de conformité au travers une Charte éthique**

Il n'est pas de grande organisation qui ne dispose désormais de charte éthique, code de conduite ou autre code d'intégrité. D'aucuns rappelleront que l'éthique ne s'adresse qu'à des personnes et qu'il n'existe pas d'éthique d'entreprise à proprement parler mais seulement une éthique des collaborateurs qui la constituent ; d'autres opposeront une approche normative (une édicition d'interdits et de prescriptions) à une approche réaliste qui insiste sur la décision individuelle. Néanmoins, un certain consensus pratique permet de proposer des recommandations spécifiques au MSP.

L'objectif d'une politique d'intégrité pour le MSP est de garantir que ses agents (collaborateurs) agissent, en tant que représentants du ministère, en ligne avec des règles de transparence, d'objectivité et de fiabilité. Elle est généralement complétée de la notion de conformité qui renvoie au respect des règles par le ministère – aussi bien les réglementations qui lui sont applicables que les règles internes (à commencer par la charte éthique du MSP). Cela pourrait couvrir les thèmes suivants :

- les conflits d'intérêt (MSP/fournisseurs ou prestataires, travail à la fois au sein du MSP et pour le secteur privé ...) ;
- la fraude, la concurrence déloyale, non respect des procédures (passation des marchés ...) ;
- l'utilisation illicite des deniers publics, matériels ou produits du MSP ;
- l'intégrité des documents comptables et financiers ;
- la prévention de la corruption ;
- le respect des réglementations applicables.

Nous recommandons que le MSP formalise ses engagements en la matière dans une charte éthique, qu'il va ensuite décliner en guide d'actions pour expliquer comment mettre en œuvre au quotidien cette charte (dans un code de conduite, guide collaborateur ou autre document pratique). Si ces documents auront l'avantage de rendre public les engagements du MSP, aussi bien en interne qu'en externe, le MSP devra aller plus loin encore en apportant la preuve de « ses meilleurs efforts » et en les communiquant pour que ces règles internes soient respectées.

Un programme d'intégrité doit être alors déployé pour apporter des garanties au-delà du simple engagement formel.

Programme de conformité et d'intégrité : de façon à s'assurer que le MSP déploie bien sa charte éthique dans ses opérations courantes, il devra mettre en place un programme afin d'en garantir l'application concrète. Ce programme va reposer sur des règles simples, propres à tout système de management :

- analyse des risques ;
- veille réglementaire relative à la législation applicable ;
- engagement des plus hautes instances du MSP ;

- politique ;
- procédures et outils ;
- contrôle interne ;
- contrôle externe.

Il est intéressant de noter à ce titre que les normes relatives aux notions d'intégrité et de prévention de la corruption sont des normes dites de systèmes de management qui permettent l'intégration avec un système de management global.

▪ **Organiser un séminaire ministériel de team-building**

De manière à initier une certaine *culture d'entreprise* orientée vers le management performant, la conduite du changement et GAR, tout en le conjuguant aux notions d'éthique, de déontologie et de bonnes pratiques, nous pensons qu'organiser un séminaire ministériel à l'intention des cadres supérieurs du MSP (Cabinet, SG, DG, D, DRSP), avec un accompagnement voire un pilotage du HCME serait pertinent (cohésion et management d'équipe, management du changement, partage de valeurs et d'objectifs communs et en commun, ... etc).

Ce séminaire aura aussi pour objectifs de repositionner les rôles, fonctions et prérogatives de chacun (séparation du politique du technique, rôle pivot du SG, renforcement du rôle des DG actuellement limité par rapport aux DN, etc.), et des articulations des uns avec les autres.

Cela lancerait un message à l'ensemble du MSP et marquerait un point de départ au sein du MSP vers de nouvelles perspectives managériales et de gestion.

▪ **Coordination**

Cela a été montré à plusieurs reprises lors de l'étude en cours, l'espace de coordination et de concertation tant des équipes que des activités au sein du MSP, quel qu'il soit, rencontre des difficultés d'efficacité, souvent par manque de mise en œuvre, de prise de conscience de sa nécessité (culture managériale) ou tout simplement par manque de régularité. Pourtant ces espaces de coordination et de concertation ont pour rôle majeur de discuter entre acteurs des grands enjeux de la santé dans le pays, et des positions des acteurs et parties prenantes en présence, des dossiers en cours, des difficultés rencontrées, des solutions à élaborer collégialement.

Cette instance de concertation devrait être à la fois un lieu d'anticipation des grandes échéances, de bilan des efforts de concertation engagés voire des espaces paritaires existants, d'élaboration de recommandations et de suivi des axes politiques et stratégiques en matière de santé :

- suivi des orientations et des programmations ;
- cohérence des actions des divers services et programmes ;
- réflexion sur les stratégies de mobilisation interne au MSP ou externe (partenaires) en faveur de la santé ;
- responsabilisation et pilotage des dossiers ou actions ;
- avis sur les documents d'orientation des ministères ;
- revue des échéances majeures ;
- ... etc ...

Au même titre que le micro-programme élaboré chaque vendredi pour le programme de la semaine suivante au niveau central ou encore le chronogramme mensuel transmis par les régions aux districts, nous pensons qu'il serait pertinent d'institutionnaliser et d'instaurer systématiquement chaque début de semaine pour les uns, chaque mois/trimestre pour les autres, un cadre de coordination et concertation régulier et pérenne, à tous les niveaux de la pyramide administrative :

- Ministre et Cabinet (hebdo),
- Ministre et SG/SGA et Directeurs généraux (mensuel/trimestriel),
- Secrétaire Général, SGA et Directeurs Généraux (hebdo),
- Directeurs Généraux et Directeurs (hebdo),
- Directeurs et Chefs de divisions (hebdo),
- Directeur DSRP et équipe cadres (hebdo),
- Directeur DRSP, directeurs des établissements de soins et de formation sur son secteur (mensuel/trimestriel),
- Direction du district et équipe cadres (hebdo),
- CSI et équipe cadres (hebdo),
- Direction des établissements de soins et équipe cadres (hebdo),
- Direction des structures de formation et équipe cadres (hebdo),
- Idem pour les autres établissements (EPIC, EPA ...) (hebdo).

Une fois encore, pour une efficacité optimale, le caractère régulier, pérenne et systématique de ces instances de coordination et de concertation sous semble essentiel. Nous préconisons par ailleurs un outil simple mais efficace de gestion et de suivi de ces instances tel que proposé en annexe 1 (cet outil pourra être amélioré le cas échéant).

1.1.3.3. Mettre en œuvre des processus et outils de management et de développement des ressources humaines

Le cœur du métier du Ministère de la Santé est prioritairement de soigner, de prendre en charge le patient et de mettre en place un système de santé capable d'offrir des soins de qualité, accessibles à l'ensemble des populations du Niger. Le niveau de qualité de cette prise en charge réalisée avant tout par le facteur humain sera conditionné par le degré de compétences et d'aptitudes des agents en présence, positionnés au bon endroit, au bon moment. C'est dire que la gestion équitable et équilibrée des ressources humaines en santé est fondamentale dans le mécanisme de délivrance de prestations de soins de qualité prodigués à la population. Cela implique d'ores-et-déjà des processus et outils de management et de développement des ressources humaines.

Il nous semble qu'en la matière, certains processus et outils sont prioritaires :

- Généraliser l'outil des fiches d'emploi pour l'ensemble des agents (un exemple expérimenté par ailleurs est fourni en annexe 2 pouvant compléter l'actuelle fiche de poste utilisée par la DRH), et une feuille de route/mission pour chaque cadre supérieur (orientation mérite, résultat et performance mesurable et délimité dans le temps- GAR). Un tel outil permettra de cadrer le périmètre de chaque emploi ou

poste, de fixer des objectifs clairs, base pour toute évaluation individuelle ultérieure) ;

- Mettre en place une politique de rétention et de fidélisation du personnel adaptée au pays et au contexte afin répartir le personnel de manière équitable et équilibrée sur l'ensemble du territoire (cette politique peut s'inspirer des expériences d'autres pays ayant expérimenté des incitations financières et non financières pour un accès aux soins de qualité pour tous), et l'expérimenter sur une ou deux régions du Niger avant sa généralisation à l'échelle ;
- Implanter et généraliser un mécanisme d'évaluation individuelle des compétences et de la performance (l'outil actuel utilisé n'étant qu'un outil de notation administrative, non performant, subjectif et impactant de manière mécanique l'avancement de carrière).

Nous pensons que ces approches, reprises pour partie dans le pilier ressources humaines du présent rapport, permettront de favoriser un management de proximité (par la délégation, la responsabilisation et l'engagement, la fixation d'objectifs et la production de résultats), le décloisonnement constaté à tous les niveaux au sein du MSP, et une meilleure coordination et concertation de l'ensemble des équipes.

Contraintes, leviers et risques à lever

Si la politisation de l'administration est un mal nécessaire, quel que soit le pays ou le continent, si l'appartenance géographique est une autre dimension que l'on élaguer du jour au lendemain, elles peuvent aussi miner et parasiter un ministère de manière profonde. Sans les écarter d'un revers de main, elles ne peuvent représenter le critère majeur en matière de positionnement, de nomination, d'avancement de carrière, ou d'affectation géographique. Il est donc essentiel, notamment en matière de GRH mais aussi en termes de leadership et d'autorité (respect de la ligne hiérarchique) de les conjuguer avec compétences et mérite.

Les textes déclinent parfaitement les postes à caractères politique et technique, mais ne sont historiquement pas toujours respectés au sein du MSP, pour de multiples raisons. Cela ne se décrète pas pour autant. Néanmoins, laisser les choses en l'état et entretenir la confusion entre les deux (2) domaines engendre frustration des troupes, suspicion, démotivation, désengagement et non responsabilisation individuelle.

Valoriser la performance individuelle, la prise d'initiatives, le travail bien fait, la réussite collective, l'éthique, les bonnes pratiques peuvent participer à faire lentement mais sûrement changer les mentalités et les habitudes.

Les recommandations ainsi déclinées dans cet axe (notamment en termes de leadership, pilotage et portage) nécessitent une volonté affirmée du premier responsable du MSP, la définition d'un cap et d'une vision claire de celui-ci (repères), et un Secrétariat Général fort, se sentant épaulé par sa hiérarchie directe pour initier voire imposer certains changements structurants. Il s'agit là de conditions incontournables pour pouvoir installer des notions de contrôles, de reddition des comptes et de performance.

Le changement ne se décrète pas, cela s'installe et se construit dans le temps. Passer d'une gestion traditionnelle et administrative du personnel à un management et un développement des ressources humaines orientés GAR et performance demande de nouveaux outils (fiche d'emploi, processus d'évaluation des performances, application et contrôle de l'application rigoureuse des textes, réunion de coordination systématique ...), des changements d'états d'esprit et de comportements.

1.1.4. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Piloter des projets innovants, accompagner les évolutions du MSP et des équipes exposent ses responsables à gérer des situations parfois tendues. Comment être écouté, quelle attitude adopter pour faire reconnaître son autorité ? Il y a nécessité à chaque niveau hiérarchique, et en particulier pour le Secrétariat Général, à asseoir son autorité sans autoritarisme, avec efficacité et diplomatie, à partir de cinq (5) ancrage reconnus :

1. **se faire reconnaître** en donnant des repères, en fixant des règles claires et des objectifs précis qui vont donner du sens au travail des équipes et aux performances que l'on peut attendre de chacun des collaborateurs. En étant à l'écoute de leurs idées, en les impliquant dans vos projets, en partageant votre vision, vous les rendrez acteurs de leur réussite et de la vôtre. Vous gagnerez ainsi leur confiance tout en asseyant votre autorité ;
2. **prendre de la distance** (le rôle en tant que responsable et manager est de voir plus loin, en temps et en espace, que les agents et autres collaborateurs. C'est la capacité à prendre de la distance par rapport aux événements qui va conférer de l'autorité ;
3. **éviter le piège de la soumission stratégique** (fuir l'excès d'autorité ! Etre direct et sincère) ;
4. **traiter les problèmes immédiatement** (ne pas rester passif, ne pas attendre pour agir, assumer son rôle et ses responsabilités de manager, c'est prendre des décisions parfois difficiles, c'est oser dire clairement les choses, même quand elles ne sont pas agréables à entendre. Exprimer son désaccord sans entrer dans les jeux de pouvoir, sans être offensif ni culpabilisant, en ayant comme objectif d'entrer dans une dynamique de progrès est une méthode simple) ;
5. **pratiquer les feedback** (chacun a besoin de retours sur son travail, sur l'atteinte de ses objectifs. Grâce à des échanges réguliers, des instances de coordination régulières, les agents vont pouvoir améliorer leurs performances, comprendre leurs erreurs et savoir qu'ils peuvent compter sur le soutien de leur hiérarchie, sur sa reconnaissance. Dans le rôle de manager, les feedback sont un outil incontournable qui contribue au développement des compétences des équipes et conforte naturellement l'autorité des responsables.

Axe 1 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)

N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
1	Affirmer l'autorité du MSP dans le respect des textes et dans la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats	Institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation de l'ensemble des cadres dirigeants : éthique et responsabilité (éthique et décisions en santé publique, droit et psychiatrie, droit des malades et responsabilités médicales) ▪ Formation de l'ensemble des cadres dirigeants : management d'équipe (gestion des conflits, motivation, donner des directives, performance ...) ▪ Séminaire de team-building 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultants internationaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion des orientations majeures du MSP (cap, vision) ▪ Réunion de coordination et de concertation à systématiser à tous les niveaux de la pyramide (hebdo, mensuelle/trimestrielle) 	
		Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration d'une charte éthique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultants internationaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charte éthique et déontologique 	
		Organisationnel-Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des inspecteurs (spécialisation auditeur interne, contrôle de gestion ...) ▪ Formation de personnels soignants cibles en gériatrie ▪ Formation en management hospitalier (cadres dirigeants de FS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultants internationaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiche d'emploi pour l'ensemble des agents ▪ Processus d'évaluation des performances 	

1.2. AXE 2. Cadres normatifs : des leviers d'exigence en matière de gouvernance et de gestion

Comme pour tout autre organisation, les cadres normatifs (organigramme, attributions et missions des services, document des Normes et standards, carte sanitaire ...) établissent les exigences en matière de gestion et de gouvernance pour l'ensemble des structures du ministère de la santé. Ces cadres normatifs décrivent également les attentes à l'égard de la fourniture des services et des programmes de santé publique, ils présentent les attentes concernant l'efficacité de la gouvernance et de la gestion des services et structures de santé. Ils contribuent à promouvoir l'excellence organisationnelle, posent les bases permettant une fourniture efficace et efficiente des programmes et des services, et aident le secteur de la santé publique à se concentrer davantage sur le rendement, la reddition de comptes et la durabilité.

1.2.1. Normes organisationnelles (ou cadre organique)

Les normes organisationnelles (organigramme ou cadre organique) déclinent les normes d'organisation d'un/des ministère(s), à savoir des normes d'organisation des services de l'administration publiques applicables aux ministères de plein exercice.

Elles pointent l'idée d'une harmonisation et d'une cohérence de la structuration organique (organisation, organigramme, dimensionnement d'une direction générale, d'une direction, d'une divisions ...), peut importe le ministère cible.

Dans le cadre d'une réorganisation, il s'agit **de rationaliser et de stabiliser** définitivement l'organisation des services publics, autrement dit, d'une part, d'élaborer un texte règlementaire fixant les normes de création et d'organisation des structures de l'administration publique et, d'autre part, de procéder à la relecture et à la mise à jour de la nomenclature des services publics en vigueur.

Ces normes ont pour but de favoriser l'éclosion de structures gouvernementales harmonisées et bâties sur des principes égalitaires.

L'étude de diagnostic du MSP et de son organisation a mis en exergue certaine récurrence dans les changements de ministres, engendrant souvent des aménagements d'organigramme (plutôt que de réels changements), engendrant eux-mêmes des problèmes de suivi et de cohérence dans la continuité des réformes.

L'organigramme actuel datant de 2012 a essuyé nombre de changements au gré des mouvements issus des différents plans stratégiques de 1994/2000, de 2005/2010, de 2011/2015, et de celui en cours de 2016/2020, ainsi que des réformes engagées depuis 2002, ou des changements de personnes (entre 2010 et 2015, 3 ministres, 5 DRH, 2 SG).

Cela a entraîné une certaine instabilité, des chevauchements voire conflits de compétences, et des incohérences en matière de responsabilités.

L'organisation du ministère est très centralisée et pyramidale, avec une ligne hiérarchique et une chaîne de décision longue, engendrant lourdeur et lenteur bureaucratique (circulation du courrier, prise de décision, autorisation, ...).

Egalement, il existe un amalgame entre le politique et le technique sur le plan organisationnel, l'organigramme du ministère ayant été construit selon une logique politique plutôt qu'une logique orientée vers une performance technique (exemple : rattachement des projets et programmes nationaux à la DEP ; la DS/RE et la DS formaient auparavant une même direction cohérente, aujourd'hui séparées, sans que les fonctions de santé publique, de gestion ... aient été mûrement pesées) ; il en est de même pour la Direction de la Promotion de la Santé et la Direction de l'Hygiène Publique, regroupées auparavant au sein de la Direction de la Lutte contre la Maladie, engendrant aujourd'hui certaines confusions voire conflits de compétences ; idem concernant la politique de la mère et de l'enfant, priorité du MSP, partagée entre la DGSP et la DGSR).

Il a également été noté que les programmes et projets principalement ancrés à la DEP sans être tous des projets et programmes d'investissements (alors que la DEP n'en possède pas toujours les compétences pour en assurer l'encadrement ni les missions ou attributions), ne travaillent pas en réelle harmonisation ni cohérence les uns avec les autres, ni avec le MSP lui-même, en particulier au niveau DRSP (situation *d'électrons libres*, les programmes interfèrent, pour ne pas dire déséquilibrent les activités quotidiennes des DRSP. En effet, les projets et programmes (des services centraux) transmettent des directives directement vers leur point focaux en région sans aucune collaboration avec les DRSP qui sont pourtant censés maîtriser aussi l'activité des projets et programmes dans leur secteur.

Par ailleurs, si une réflexion a d'ores-et-déjà été engagée par les instances dirigeantes du MSP (retraite de février-mars 2015), et s'il existe au travers de décrets¹ des instruments de régulation des cadres organiques ou de normes d'organisation des services de l'administration publique applicables aux ministères de plein exercice (démembrement organique, normes de création des structures de l'administration publique, normes d'accès aux emplois et modalités de nomination, etc), il s'avère que des actions immédiates correctives sont néanmoins nécessaires afin d'harmoniser l'organisation du MSP aux textes pré-cités et de l'adapter au contexte actuel du Niger.

1.2.1.1. Applications des normes d'accès aux emplois et modalités de nomination

Les décrets n°99-465 et n°99-466 mentionnés précisent de manière très claire, pour l'ensemble des postes et fonctions recensés, les normes d'accès aux emplois (catégorie, ancienneté dans le domaine d'intervention, ancienneté dans un poste à responsabilité, ...), et modalités de nomination (décret, arrêté ...).

L'étude de diagnostic a fait mention que nombre de directeurs généraux et directeurs nationaux en particulier ne remplissent pas ces critères pourtant opposables à tous, ayant souvent occupé précédemment des postes de cliniciens sans réelle responsabilité managériale, et se retrouvant pourtant « parachutés » premier responsable d'un département avec plusieurs dizaines voire centaines d'agents (les premiers devant pouvoir justifier de sept (7) ans au moins d'ancienneté dans la Fonction Publique (FP) et cinq (5)

¹ Décrets n°99-465/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999 portant création, composition et attributions de la Commission Nationale de Rationalisation et de Gestion des Structures et des Effectifs de l'Etat
Décrets n°99-466/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n°99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions

années à la fonction de directeur national ; le second cinq (5) ans dans la FP et trois (3) années en tant que chef de division).

Nous recommandons que les textes en la matière soient strictement respectés.

1.2.1.2. Révision de l'organigramme (cadre organique) du MSP

Du démembrement

L'étude de diagnostic a pu montrer que le démembrement des directions générales et nationales, comme des divisions est respecté (nombre de DG, nombre de DN par DG, etc.).

En revanche, les décrets n°99-465 et n°99-466 sus-mentionnés stipulent que le Secrétariat Général de tout ministère devrait comporter :

- un service législatif tenu par un juriste qui fait office de conseiller juridique,
- un bureau d'ordre,
- un secrétariat.

Si les deux (2) derniers organes apparaissent dans l'organigramme du MSP, le premier n'existe pas à ce jour. Ce service de la législation assurerait en relation avec les services initiateurs et le Secrétariat Général du Gouvernement, la mise en forme des projets de textes et règlementaires. Il assurerait la conservation des documents préparatoires dans ce cadre. Il veillerait à la conformité des actes et décisions dans son secteur avec les textes en vigueur.

Compte tenu de l'accroissement potentiel des dossiers en contentieux et de la judiciarisation de la santé en général, il est pertinent que ce service soit rapidement créé et doté d'expertise au sein du MSP (actuellement seule la Direction de la Législation, direction normalement transverse, couvre tous les aspects législatifs et règlementaires du ministère, sans être armée en conséquences puisque seules deux (2) agents assurent ces missions, dont l'un étant Volontaire Civil).

Du Cabinet et du Secrétariat Général

Se référer au point 1.1.1.

Du Responsable de la Communication et de l'Attaché du Protocole

Si les deux(2) fonctions sont bien distinctes, l'une s'occupant de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie de communication, des relations avec les médias et de la couverture médiatique, quand la seconde est davantage orientée vers l'organisation des déplacements du Ministre, la coordination des aspects protocolaires des cérémonies officielles et des relations du MSP avec le protocole d'Etat, elles sont néanmoins complémentaires et doivent être articulées et organisées.

Au-delà du responsable de la communication, le ministère dispose de deux Directions Centrales qui s'occupent du volet communication : la Direction des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques (DAID/RP) pour la communication institutionnelle et la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé (DHP/ES), comme la Direction de la Nutrition avec sa cellule communication ou la Direction de la Promotion de la Santé engendrant confusion des rôles, et chevauchement des tâches.

La communication des projets et programmes vient également ajouter de la confusion à ce paysage.

Il est donc urgent de réorganiser et de délimiter le périmètre et les missions de chacun en matière de communication institutionnelle (externe) et interne, et de penser les outils de communication ainsi qu'un véritable plan de communication interne comme externe.

Ce point sera par ailleurs abordé et développé dans le pilier 5 (SIS et communication).

Des directions transverses

Les cinq (5) directions transversales que sont la DAID/RP, DEP, DS/RE, DS et DL ne sont pas suffisamment perçues et utilisées par les autres DGRs en tant que directions ressources, transverses et complémentaires, renforçant ainsi le cloisonnement mentionné plus haut et dans l'étude de diagnostic. Pourtant, les complémentarités entre directions paraissent évidentes (exemple : DEP/DS, DEP/DOS, DPS/DSME, DAID/RP et DRH ...), ce qui impose une reconsidération de ces directions.

Direction des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques - DAID/RP

La DAID/RP est avant tout une direction censée gérer les archives, moins la communication, qui doit être déléguée au responsable de la communication prioritairement, en collaboration avec les directions centrales.

Direction des Etudes et Programations - DEP et projets/programmes

La DEP est avant tout une direction d'étude et de conception, et est staffé dans ce sens.

Alourdie par tous les ancrages qui lui sont attachés, dont les projets et programmes en particulier (18 programmes sur 24), elle ne peut assumer de manière efficace ses missions initiales.

Nous recommandons que lui soient donc conservés que les programmes d'investissements tels que positionnés dans le tableau suivant.

PROGRAMMES DE SANTE DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE CENTRES DE REFERENCE STRATEGIES

N°	PROGRAMMES	BUT	ANCRAGE ACTUEL
1	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP)	Lutte contre la maladie	DEP
2	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNLT)	Lutte contre la maladie	DEP
3	UNITE DE LUTTE SECTORIE SANTE DE LUTTE CONTRE LES VIH-SIDA (ULSS)	Lutte contre la maladie	DEP
4	PROGRAMME NATIONAL DE SANTE OCULAIRE (PNSO)	Lutte contre la maladie	DEP
5	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA LEPRE (PNLL)	Lutte contre la maladie	DEP
6	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VER DE GUNEE (PNLVG)	Lutte contre la maladie	DEP
7	PROGRAMME NATIONAL DE DEVOLUTION ONCHOCERCOSE ET D'ELIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE	Lutte contre la maladie	DEP
8	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA BILAHZIOSE ET	Lutte contre la maladie	DEP

	LES GEOHELMINTHES (PNLBG)		
9	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES BUCCO DENTAIRES ET LE NOMA (PNBD/N)	Lutte contre la maladie	DEP
10	PROGRAMME NATIONAL SANTE MENTALE (PNMSM)	Lutte contre la maladie	DEP
11	PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (PNLMNT)	Lutte contre la maladie	DEP
12	PROGRAMME NATIONAL DE CHIRURGIE FORAINE	Lutte contre la maladie	DEP
12	<i>CENTRE NATIONAL DE REFERENCE DE LA DREPANOCYTOSE</i>	Centre de référence	DOS
13	<i>CENTRE NATIONAL DE REFERENCE DES FISTULES OBSTETRIQUES</i>	Centre de référence	DOS
14	<i>CENTRE NATIONAL DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION (CNSR)</i>	Centre de référence	DOS
15	<i>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE DU SIDA (CTA)</i>	Centre de référence	DOS
16	<i>CENTRE NATIONAL ANTITUBERCULEUX (CNAT)</i>	Centre de référence	DOS
17	<i>CENTRE NATIONAL DE REFERENCE DES IST (CNR/IST)</i>	Centre de référence	DOS
18	<i>CENTRE DE REFERENCE DERMATO-LEPRE</i>	Centre de référence	DOS
19	PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH(PTME)	Stratégie	DSME
20	SOINS OBSTETRIQUES ET NEO NATALS D'URGENCE (SONNU)	Stratégie	DSME
21	PRISE EN CHARGE INTEGRE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)	Stratégie	DSME
21	PLANIFICATION FAMILIALE (PF)	Stratégie	DSME
22	PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (PARSS)	Investissement surtout	DEP
23	PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL (PAI)	Appui technique à l'institution avec son volet financier	SG
24	PROJET FORMATION COOPERATION ITALIENNE	Investissement	DRH

Les programmes liés à la lutte contre la maladie devraient logiquement être ancrés à la DGSP et DGSR (ou au sein d'une nouvelle Direction de la Lutte contre la Maladie).

En revanche, la DEP en tant que direction transversale, pourrait tout à fait assumer les compétences de suivi et de coordination des programmes ancrés techniquement sur une direction plus adéquate.

Nous pensons également qu'il y aurait cohérence à fusionner la DEP et la DS.

La perspective récente d'ériger la DEP en Direction Générale pourrait favoriser cette vision des choses.

Direction de la Surveillance Epidémiologique et de la Riposte aux Epidémies - DS/RE

La DS/RE est une direction isolée, trop isolée, qui navigue à vue, sans réelle intégration avec les autres directions.

Dans l'éventualité de la création d'une nouvelle Direction de la Lutte contre la Maladie, nous recommandons que la DS/RE (qui possède une fonction surveillance épidémiologique sur les maladies, et ne travaille donc pas de manière isolée) rejoigne cette nouvelle direction.

Il est également recommandé que la DS/RE crée un mécanisme de communication systématique avec la DGSP, ce qui n'est pas le cas à ce jour, concernant en particulier les rapports de la DS/RE parvenant directement aux partenaires sans passer par la DGSP.

Direction des Statistiques - DS

Voir plus haut (fusion avec la DEP)

Direction de la Législation – DL

La Direction de la Législation constitue un maillon très important au regard des nombreux domaines dans lesquels le Ministère de la Santé doit réglementer ou des matières importantes sur lesquelles il a à susciter une législation. On constate malheureusement qu'aujourd'hui cette entité est dépourvue de moyens (2 agents seulement, dont un Volontaire Civil) devant couvrir l'ensemble des domaines légaux et réglementaires.

Elle a besoin d'être renforcée en compétences, et en moyens et structurée de manière à la rendre plus complémentaire avec le service législation du SG qui a été mentionné plus haut.

De la Direction Générale de la Santé Publique - DGSP

Cellules : Le positionnement, la fonctionnalité et la pertinence de la création de nombreuses cellules interrogent lorsqu'on examine l'organigramme du Ministère de la santé. Ainsi, trois² (3) cellules sont actuellement logées à la DGSP (Cellule coordination des centres spécialisés ; Cellule suivi des engagements nationaux, régionaux et internationaux ; Cellule développement des politiques et stratégies de santé). Pour l'heure ces trois entités sont inexistantes par conséquent elles ne jouent aucun rôle.

De même la Cellule de coordination des centres spécialisés a vocation à constituer un démembrement de la DOS. La Cellule suivi des engagements nationaux, régionaux et internationaux serait mieux positionnée au sein de la DEP en tant que division ou service (la DEP préparant déjà les réunions du COMPACT et autres grands rendez-vous de la santé. La Cellule développement des politiques et stratégies de santé et la Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration auraient également matière à devenir une division ou service à part entière au sein de la DEP.

Dans cette perspective la DEP prendrait une certaine voilure tout en s'allégeant des programmes et projets de manière cohérente comme expliqué plus haut.

Direction de l'Organisation des Soins - DOS : à l'heure actuelle, de nombreux chantiers ont été ouverts par la DOS mais ne sont pas achevés. La DOS doit subir de profondes réformes en termes d'organisation, de fonctionnement et de performance (voir pilier prestations), et doit mieux s'intégrer aux autres directions nationales, tout en assurant sa fonction de tutelle, une Direction centrale chargée de l'organisation des soins constituant une pièce maîtresse de l'amélioration des services, et s'imposant comme un maillon essentiel de l'ensemble du dispositif de réformes de la prestation des soins.

Nous pensons que la Division santé communautaire doit être mieux structurée pour être porteuse des actions urgentes que requiert le passage à échelle des SSP.

S'agissant des Divisions formations sanitaires publiques et privées, elles devront prendre en compte la réforme hospitalière en cours, pour l'heure peu avancée et valorisée, et devront être renforcées (la complémentarité, les réseaux des hôpitaux ne sont en effet pas bien compris par ces deux (2) divisions).

² Une quatrième devrait y être ajoutée, la Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration (cellule mise en place dans chaque ministère sur instruction du Premier Ministre, directive 11/04/2014 104/2014/PM).

Direction de la promotion de la Santé - DPS : cette direction pourrait à notre sens être transformée en Direction nationale de lutte contre la maladie, où, en toute cohérence, tous les programmes et projets concernés pourraient y être ancrés.

Direction des Pharmacies et de la Médecine Traditionnelle - DPH/MT : compte tenu de la réforme nécessaire du secteur pharmaceutique en particulier, de la création d'un véritable institut de type EPA/EPIC rattaché au SG s'occupant de la médecine traditionnelle avec la valorisation de la discipline, de la création à venir également d'une agence du médicament (exigence de l'OMS/CEDEAO) rattachée au SG, cette direction nécessite d'être renforcée.

Direction des Laboratoires de Santé - DLS : cette direction peut rester dans l'état, mais doit devenir visible, ce qui n'est pas le cas à ce jour (pour l'exemple, les laboratoires dans les centres de santé ne sont pas visibles du tout ni valorisés, comme les domaines de l'hygiène et celui de la qualité). Un travail de sensibilisation et de changement culturel tant des agents que des patients est à prévoir.

Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé - DHPES : la direction peut rester comme telle.

De la Direction Générale de la Santé de la Reproduction - DGSR

Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant - DSME : cette direction nous semble correctement positionnée.

Direction de la Nutrition - DN : cette direction pose quelques difficultés par rapport à la dévolution et à la nutrition (l'ONG ECHO se désengage, d'autres partenaires oeuvrant dans le domaine de la nutrition sont insatisfaits), n'étant pas structurée pour assumer le grand volume de travail et d'activités qu'elle doit prendre en charge. La DN est davantage orientée à ce jour vers la logistique et la communication alors qu'elle devrait être structurée en organe normatif doté d'une capacité de projection rapide.

Nous recommandons donc que la DN soit restructurée.

Nous pensons également que la question de la prise en compte pérenne (quel devenir ?) et la valorisation des agents (plus de 2000 à ce jour financés par les partenaires) sur 27 districts dans le cadre de programmes de nutrition devra être étudiée en terme de GRH.

Direction des Immunisations - DI : la DI est actuellement logée au sein de la DGSR compte tenu d'une logique de focalisation de la vaccination des enfants, de prise en charge et stockage des vaccins. Nous pensons que la DI gagnerait davantage et en toute logique à être positionnée à la DGSP, mais cela grossirait de manière trop importante cette direction générale déjà très conséquente (la conserver en l'état est donc un mal nécessaire).

De la Direction Générale des Ressources - DGR

Les ressources sont toujours un domaine sensible dans les ministères, à fortiori dans le secteur santé. Le choix du MSP Niger a été de rassembler l'ensemble des ressources financières, matérielles et humaines, ainsi que le contrôle des marchés. L'histoire montre que les pouvoirs successivement en place souhaitaient avoir une emprise voire une mainmise sur la DGR en particulier. Pour un fonctionnement cohérent et efficace de ces

quatre (4) directions, il apparaît crucial qu'elles soient organisées et fonctionnent de manière indépendante, rationnelle et transparente.

Compte tenu de l'importance de ses effectifs (7.647) et des ressources matérielles et financières, la DGR aurait pu être structurée différemment, avec une DG des RH et une autre pour les autres aspects, ce qui aurait allégé l'actuelle direction générale. Néanmoins, un autre choix ayant été fait comme expliqué plus haut, la DGR possède à notre sens un bon positionnement, sous réserve de la prise en compte des points mentionnés plus haut (indépendance, rationalité et transparence).

Direction des Ressources Financières et du Matériel - DRFM : en relation avec le commentaire précédent, cette direction nous semble correctement positionnée. Elle a davantage besoin d'être plus proactive en matière de préparation et de suivi de l'exécution du budget. Dans un contexte de renforcement de la GAR, elle ne peut plus se figer dans une position administrative singulière et fermée.

Pour autant, mentionnons néanmoins le fait que la DRFM et la DIES s'occupent en même temps de matériel (gros et petit matériel), ce qui est source de conflits potentiels. De plus, la séparation des pouvoirs voudrait logiquement et déontologiquement que celui qui commande et achète ne soit pas la même entité que celui qui paie, alors que cette situation est de mise à ce jour. Il faudrait remédier à cela et séparer clairement les fonctions et responsabilités.

Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires - DIES : nous pensons que le MSP, tant que faire se peut, doit se centrer sur son cœur de métier, c'est-à-dire soigner. Ainsi, il serait opportun que la SIES se débarrasse des services qui lui sont attachés et qui fonctionnent mal avec des coûts importants (parc auto, maintenance des équipements, en particulier) qu'il serait alors possible d'externaliser et de contractualiser vers le secteur privé plus spécialiste voire plus performant. La tendance à la sophistication des équipements par le recours à la technologie numérique et la cybernétique, le besoin de suivi de chantiers importants sur le plan architectural et de l'ingénierie font que la DIES a besoin de se doter de compétences véritables en nombre suffisant pour être des interlocuteurs de grandes entreprises et pour procéder au besoin aux différents contrôles de conformité.

Direction des Ressources Humaines - DRH : en relation avec le commentaire précédent relatif à la DGR, cette direction nous semble correctement positionnée.

Direction des Marchés Publics et des Délégations de Service Public - DMP/DSP : en relation avec le commentaire précédent relatif à la DGR, cette direction nous semble correctement positionnée.

De manière générale, nous recommandons comme précisé dans ce dernier exemple, que le MSP se recentre progressivement sur son cœur de métier, ce qui va vers la modernisation, et externaliser ce qui peut l'être vers d'autres secteurs (privé et associatif à but lucratif ou non lucratif) plus spécialisés et plus performants, avec un cahier des charge à l'appui.

Il est vital pour le MSP d'organiser ses tâches, ses hommes, ses flux (que ce soit des flux matériels ou d'information) de manière cohérence, rationnelle et transparente.

Organiser les flux et ses hommes va permettre au MSP d'augmenter son efficacité avec un minimum de moyen utilisés, et donc d'augmenter son efficience.

Nous tenons à insister une fois encore qu'un organigramme n'est avant tout qu'un outil au service d'une politique et d'une vision, il met en perspective, il donne sens à une vision et à des orientations. Cela implique que s'il n'est pas figé dans le marbre, il est certes évolutif, mais ne peut être aménagé chaque année ou au rythme des changements ou alternances politiques.

S'il est vivant, il doit aussi être animé (le faire vivre), piloté, et porté (notion de portage) par ses dirigeants.

Tant que faire se pourra, un rapprochement du MSP de la CNRSE (Commission Nationale de Rationalisation et de Gestion des Structures et des Effectifs de l'Etat) devra être opéré à chaque étape de l'avancement de ce dossier de réorganisation (en particulier pour les création, modification, transfert ou suppression de structures administratives, et temps validation).

1.2.2. Document des Normes et Standards : actualiser les Normes et Standards, afin qu'ils constituent une réelle référence de l'organisation de la gestion et de l'évaluation des actions de santé à tous les échelons de la pyramide

Rappelons que les normes et standards en santé couvrent quatre (4) domaines que sont les infrastructures, les équipements, les ressources humaines en santé et les normes techniques liées aux gammes de prestations de services (clinique, chirurgical, biologique et pharmaceutiques). Les normes et standards sont par nécessité le résultat d'un compromis entre les utilisateurs (du corps médical et para médical), les techniciens (ingénieurs, techniciens) et les utilisateurs. Les trois premiers domaines feront l'objet des développements dans cette section.

Le document interne au MSP des normes et standards date de 1995 révisé pour partie en 2006 (infrastructures, équipements, ressources humaines) et est obsolète pour la plupart des usagers et des observateurs³. Le MSP utilise par ailleurs les normes et standards recommandés par l'OMS mais qui doivent être plus finement appliquées et adaptées au pays compte tenu de ses ressources, fonction du terrain, des besoins et des ressources disponibles.

L'actuelle situation des normes et standards en santé au Niger qui n'a pas évolué depuis des années malgré la création d'un Comité de suivi réactivé depuis une année mais qui a finalement des difficultés à se réunir faute de disponibilité et d'engagement de ses membres conditionne notamment l'élaboration d'une carte sanitaire (non encore disponible malgré une volonté exprimée) comme l'étude des besoins en ressources humaines en santé (chacun connaît l'inéquitable répartition des RHS sur le territoire).

Il apparaît clairement qu'à l'absence des normes applicables, les forces en présence, les partenaires techniques et financiers et les exigences qu'ils imposent en matière de

³ Rappelons que le MSP ne dispose pas d'assez d'infrastructures sanitaires pour couvrir les besoins de l'ensemble de la population. La couverture sanitaire est de 47,80%, seuls 30 DS sur les 42 actuellement en place disposent d'un hôpital et 27 DS disposent d'un bloc opératoire fonctionnel.

rapportage par exemple, ont contribué à mettre en place une pratique qui tend à remplacer les normes et standards de fait.

La rencontre de quelques membres du Comité de suivi (pilote par la DOS) a pu montrer aussi qu'un problème de méthodologie existe dans l'élaboration du document des normes et standards, le paquet minimum d'activités ne pouvant être à lui seul la base de la norme, et l'approche normes et standards demandant, à terme, une expérimentation et simulation sur un échantillonnage cible, ne peut d'emblée être mis à l'échelle comme initialement pensé.

Nous avons également pu constater qu'aucune politique d'acquisition n'existe au sein du MSP, et qu'en matière de maintenance préventive comme curative des matériels bio-médicaux où les compétences sont rares au sein du MSP, il en est de même. Il n'y a pas de réelle cohérence, et on agit au coup-par-coup.

Enfin, des dimensions de fond telle que la décentralisation ne sont pas suffisamment traitées dans la réflexion de l'élaboration des normes et standards (absence de mise en cohérence de la stratégie de participation communautaire avec les stipulations du document cadre de la décentralisation), de même la carte sanitaire est traitée en décalage avec les normes en cours d'élaboration alors qu'elle doit utiliser celles-ci en termes de projection.

Actions prioritaires recommandées

Nous pensons tout d'abord que le chantier du document des normes et standards représente comme suggéré plus haut un enjeu majeur en matière de planification et de prospective financière, des ressources humaines en santé, des matériels et infrastructures pour la décennie à venir, voire au-delà, impactant et englobant d'emblée des dimensions d'envergure:

- décentralisation,
- réforme hospitalière,
- carte sanitaire,
- planification et prospective des ressources humaines en santé,
- planification et prospective des ressources financières,
- capacités de production des futures compétences par les structures de formation,
- système d'information sanitaire,
- engagement de toutes les parties prenantes (PTFS, secteur privé, société civile dont association d'utilisateurs, ministère pouvant accompagner et favoriser le processus : éducation, aménagement du territoire, plan, intérieur ; etc.) ;
- mécanisme de pérennisation ;
- accès aux soins et permanence des services de santé.

On ne peut donc traiter ce dossier de manière segmentée, nombre de départements étant concernés et interdépendants au sein du MSP comme en externe au MSP, et sans une approche méthodologique adéquate rigoureuse. Compte tenu des enjeux importants liés aux normes et standards, nous pensons par ailleurs que ce dossier doit être traité en priorité.

A cet effet, nous recommandons :

- en premier lieu de reconsidérer le Comité de suivi censé piloter ce dossier (nous l'appellerons COPIL Normes et Standards) et ses modalités de travail afin de le rendre plus efficace (moins de personnes, mais plus ciblées, disponibles et engagées) ;

- de faire appel à une expertise internationale externe au MSP pour accompagner le COPIL, et élaborer une approche méthodologique pertinente expérimentée⁴ par ailleurs englobant l'ensemble des parties prenantes et composantes sus-mentionnées ;
- de centrer la réflexion sur et vers le patient, qui doit être au centre des préoccupations ;
- de délimiter un cadre afin de définir les critères permettant d'identifier les normes et standards, intégrant le fait que les normes couvrent plusieurs dimensions : normes de ressources ou de structure (ressources matérielles, humaines, infrastructures, équipement médico-technique), normes de processus (technique), normes de résultats (résultats attendus, satisfaction des usagers) ;
- enfin, d'actualiser et de valider les normes d'organisation, de fonctionnement et des ressources du district sanitaire avant de poursuivre les autres réformes étant donné que ces dernières sont dépendent des normes sanitaires. Le redécoupage des districts sanitaires par exemple doit se faire en fonction des normes établies sinon, il y risque d'en perdre le contrôle. Ces normes doivent prendre en compte les spécificités des districts sanitaires implantés en milieu urbain et les doivent couvrir l'ensemble des besoins des formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé (Case de santé, Centre de Santé Intégré, hôpital de district .centre hospitalier régional, centre hospitalo-universitaire, hôpital national, etc.

Les normes d'infrastructures, d'équipement et du personnel du MSP sont incomplètes et dépassées. L'absence de régulation qui s'en suit favorise des dérapages qui vont être difficiles à corriger si la situation perdure.

Le dossier des normes et standards nous semble être actuellement une urgence pour le MSP en ce sens qu'ils vont représenter des règles qui permettront de planifier, de mettre en œuvre et de contrôler la qualité des services, mais également de montrer que les agents de santé ont des comptes à rendre à la société, aux consommateurs des services de soins, au gouvernement, à chacune des professions de la santé et à chacun de leurs membres.

1.2.3. Carte sanitaire

La carte sanitaire (appelée par ailleurs *schéma national et régional d'offre de soins*) est un outil de gestion et de planification qui s'inscrit dans un découpage sanitaire, et selon des modalités particulières d'élaboration.

La carte détermine les normes et les critères pour l'implantation des établissements de santé. Elle vise une répartition équitable des soins à travers le pays. Elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé, en permettant d'affecter les ressources financières là où le besoin se fait le plus sentir plutôt que d'avoir des établissements et des effectifs médicaux

⁴ Une méthodologie expérimentée dans d'autres pays décline trois (3) phases : la phase préparatoire, la phase d'élaboration du document et la phase de dissémination du document validé.

en surnombre dans certains secteurs. Elle donne une vision sur les besoins en soins de toute la population. L'implication du secteur libéral est fondamentale pour une carte sanitaire consensuelle et représentative du pays.

Valable pour généralement pour une durée de dix (10) ans (France, Maroc, Canada ...), elle peut faire l'objet d'une révision ponctuelle.

Elle implique une concertation avec tous les départements concernés (Intérieur, Finances, Equipement, Collectivités locales et Transport) et le secteur privé.

La carte sanitaire a pour ambition de fournir, à partir d'observations du passé et du présent des éléments pour orienter au futur la meilleure évolution de notre offre de services de santé nationale.

Outre l'organisation des soins, la carte sanitaire permettrait aussi de maîtriser les dépenses de santé, en affectant les ressources financières là où le besoin se fait le plus sentir plutôt que d'avoir des établissements et des effectifs médicaux en surnombre au niveau de certains secteurs médicaux ou zones géographiques.

Actuellement au Niger, il n'existe pas de carte sanitaire en tant que telle, si bien même un chantier a été ouvert en la matière. Au même titre que les normes et standards, l'un impactant également l'autre, il nous semble que la finalisation de la carte sanitaire est une urgence. Elle complètera le dispositif des normes et standards du MSP. Elle permettra de mieux générer l'extension de la couverture sanitaire (implantation des infrastructures publiques et privées), mais aussi une gestion rationnelle et efficiente des ressources (technologies médicales, etc.).

Alors que le MSP a difficilement les moyens de rendre fonctionnels les districts et hôpitaux existants, le processus actuellement en cours pour passer de 42 districts à 72 impose de construire rapidement cet outil de planification pour une meilleure gestion et capacité d'absorption, et pour rationaliser leur développement.

Compte tenu de dossiers à finalités proches et interdépendantes que sont le dossier des normes et standards et celui de la carte sanitaire, notre approche pragmatique sera également similaire pour la carte sanitaire. Nous recommandons donc:

- en premier lieu de reconsidérer le Comité de suivi censé piloter ce dossier (nous l'appellerons COPIL Carte Sanitaire) et ses modalités de travail afin de le rendre plus efficace (moins de personnes, mais plus ciblées, disponibles et engagées) ;
- de faire appel à une expertise internationale externe au MSP pour accompagner le COPIL, et élaborer une approche méthodologique pertinente expérimentée par ailleurs englobant l'ensemble des parties prenantes et composantes ;
- de centrer la réflexion sur et vers le patient, qui doit être au centre des préoccupations et des découpages nationaux et régionaux ;
- de délimiter un cadre afin de définir les critères permettant de définir la carte sanitaire (territoire géographique, densité de la population, taille de la population, rayon des districts sanitaires, infrastructures en place, zones urbaines et rurales ...) ;

- enfin, élaborer à terme une proposition de décret afin de définir l'organisation de l'offre de soins privée et publique (en mode fixe et mobile qui peuvent être envisagés assurés par certains établissements privés ; les fonctions de soins d'urgence médicale (urgences médicales de proximité (UMP) et les urgences médico-hospitalières de base (UMHB) ; les types de fonctions prodigués dans les centres de santé ruraux et urbains ; le découpage sanitaire du territoire national ainsi que les modalités d'élaboration de la carte sanitaire et des schémas régionaux dudit découpage.

La création et l'implantation des infrastructures de santé, les équipements biomédicaux ainsi que l'affectation des ressources humaines sont décidés dans le cadre de l'élaboration d'une carte sanitaire et donc d'un découpage sanitaire. La carte sanitaire donnera une vision sur les besoins en soins de toute la population. Nous insistons sur le fait que l'implication du secteur libéral est fondamentale pour une véritable carte sanitaire du pays.

Seule la mise en place d'une véritable carte sanitaire contribuera à visualiser les inégalités d'accès aux soins et orienter les réponses idoines en termes de projection du rééquilibrage des infrastructures, des équipements et du personnel. Les régions sous-médicalisées surtout rurales seront ainsi pourvues en médecins généralistes et spécialistes aussi bien dans le secteur public que libéral. Elle permettra d'avoir une vision assez claire, consensuelle des besoins en soins des populations et propose les voies et les moyens de les prendre en charge. La carte sanitaire permettra aussi une répartition judicieuse des infrastructures, des équipes et des ressources humaines sur l'ensemble du territoire.

L'établissement d'une carte sanitaire donnera une vision précise sur l'ensemble des professionnels (infirmiers, médecins, pharmaciens...), leurs lieux d'exercice (hôpitaux, cliniques, laboratoires, cabinets...), et leurs équipements. La carte sanitaire informe sur la répartition de l'offre de soins tant publique que privée existante et leur répartition par région, préfecture, district et commune ou entre les zones urbaines et rurales, ainsi que sur la desserte des populations.

Instrument de planification, elle définit le nombre d'hôpitaux et de centres de santé existants, à équiper ou à construire, ainsi que le nombre et le profil de personnel à recruter pour répondre aux besoins nationaux, selon les normes conseillées par l'Organisation mondiale de la santé, et les normes et standards adoptées par le Niger.

Les données sur les infrastructures, notamment les hôpitaux, les établissements de soins de santé de base, les chirurgiens dentistes publics, les médecins de collectivités locales, les cliniques privées, les cabinets privés de radiologie, les laboratoires privés d'analyses médicales, les cabinets privés de consultation médicale et les chirurgiens dentistes privés, sont essentielles, d'où l'imbrication avec le chantier des normes et standards. La capacité litrière hospitalière sera alors décortiquée en capacité existante et fonctionnelle. La fiabilité des informations concernant les équipements lourds ainsi que les prestations fournies, particulièrement pour le secteur privé, exigent l'implication de ce dernier, afin d'avoir une vision réelle de l'existant.

Contraintes, leviers et risques à lever

Les cadres normatifs engagent le ministère pour plusieurs années, ce qui implique de les réfléchir en profondeur, et de manière collégiale et consensuelle.

Si les normes organisationnelles ont déjà été révisées pour partie (projet de décret portant organisation du MSP, et donc portant sur son futur organigramme) lors d'une retraite du début d'année (février-mars 2015) avec les cadres dirigeants, ayant fait réaliser un travail en amont pas les services concernant leurs missions et attributions, il s'avère que ce travail n'ait pas été diffusé d'une part (volonté du MSP d'attendre les résultats de l'audit), et d'autre part, malgré le travail en amont mentionné plus haut, peu d'agents ont finalement été associés à cette réflexion.

Nous conseillons donc afin de lever toute ambiguïté, incompréhension ou désaccord à venir en la matière, que le Secrétariat Général pilote et coordonne la finalisation de ces normes organisationnelles en organisant un processus de réflexion à tous les niveaux du MSP, sur quelques mois seulement, afin d'aboutir à un résultat où chacun se retrouvera et y adhérera.

S'agissant des Normes et Standards et de la Carte sanitaire, ces deux (2) outils sont essentiels comme cela a été précisé pour le développement du MSP et pour la conduite des changements à venir, prospectives et planifications nécessaires. Leur interdépendance et la complexité de leur construction nécessite des expertises très spécifiques que nous recommandons internationales qui permettront surtout de *doper* ces chantiers en cours qui stagnent, de *cimenter* et fédérer à court terme l'ensemble des acteurs concernés autour d'une méthodologie d'élaboration pour des résultats consensuels.

1.2.4. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Les cadres normes normatifs, qu'ils soient organisationnels pour tout organe du MSP, normes et standards ou carte sanitaire pour le cadre et les modalités des prestations de soins, sont avant tout des repères, des jalons à respecter qui procurent une visibilité tant pour les agents que pour la population et donnent sens au travail quotidien.

Axe 2 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
2	Cadres normatifs : des leviers d'exigence en matière de gouvernance et de gestion	Institutionnel		Consultant international externe	Ateliers de révision de l'organigramme	Conjuguer les N&S et la carte sanitaire
		Stratégique			Critères normes et standards (paquet minimum, géographique, population ...)	
		Organisationnel-Opérationnel			Critères carte sanitaire Méthodologie d'élaboration (document des Normes et standards) Méthodologie d'élaboration de la carte sanitaire Outils de planification et de prospective (une fois le document des N & S et la carte sanitaire construits) pour simulation financière (RHS, infrastructures ...)	

1.3. AXE 3. Organiser une planification sanitaire stratégique et opérationnelle participative consensuelle et ascendante axée sur les résultats et articulée avec la planification des collectivités locales.

L'importance du Plan de Développement Sanitaire (PDS) comme élément prospectif intégrateur pour la concrétisation de la vision des autorités nigériennes pour la santé des populations est une réalité que nous avons perçue tout le long de nos visites et de nos entretiens avec les cadres de la santé au Niger. Au cours de la décennie récente, une véritable culture de la planification sanitaire s'est imposée. Le plan en cours va s'achever en 2015 et le MSP et ses partenaires ont entrepris d'actualiser la Politique Nationale de la Santé et de formuler le nouveau plan de développement sanitaire pour l'horizon 2020. Pour le MSP qui a entrepris sa modernisation, l'élaboration du nouveau plan constitue une véritable opportunité. Le nouveau Plan devra refléter les priorités que les autorités accordent à cette modernisation, indiquer la séquence de mise en place des actions, leur financement et indiquer les indicateurs et modalités de suivi. Il a été noté que jusqu'ici le processus de planification a été du « sommet à la base », directif pour les différents niveaux déconcentrés et peu participatif pour le secteur privé, la société civile et les collectivités locales qui ont été insuffisamment associés, ce qui limite la prise en compte des besoins et nouvelles idées pouvant être exprimés par ces parties importantes des politiques publiques de santé.

La démarche novatrice proposée ici consiste à faire en sorte que cette insuffisance constatée dans le processus de planification soit comblée au cours de l'élaboration du nouveau plan : les éléments tels que l'élimination de la dualité entre plan de développement local et les plans déconcentrés préconisée par les directives de la politique de décentralisation ; la présence croissante du secteur privé comme partie prenante de l'offre de services cliniques et du secteur pharmaceutique ; l'émergence d'une société civile et des ONG participant à la veille citoyenne et parfois la gestion de structures de prestation de services.

Une telle démarche doit être portée par une Direction des Etude et de la Planification jouissant d'une autorité et dotée de compétences nécessaires mieux orientées sur ses fonctions de centre d'intelligence, de prospective, de formulation et de suivi de la mise en œuvre des programmes et projets d'investissements sectoriels. La mise en place d'un comité dont le mandat est de définir le cadre juridiques et réglementaire sectoriel pour le transfert de compétences aux collectivités territoriales a été instruite par le Premier Ministre par sa Directive N°104/2014/CAB/PM du 11 avril 2014. Il est opportun de créer et dynamiser par la même occasion une telle structure.

L'axe de modernisation portant sur la Planification doit être considérée comme une priorité. Il est décliné en actions comme suit :

1.3.1. Recentrer la Direction de la planification autour de son rôle principal de planification, programmation, évaluation, étude et conseil et d'appui aux autres structures du Ministère.

- La DEP, est l'une des cinq Directions d'appui rattachée au Secrétaire Général. Sa structuration actuelle est le résultat de plusieurs changements intervenus dans au cours des années passées. Elle est en charge du suivi du partenariat, les études et la prospective, la coordination de la recherche, le suivi des projets et programmes (cf, décret gouvernemental donnant une telle prérogative à toutes les directions de planification des ministères sectoriels). Elle assure le suivi de la gratuité, et la plupart d'initiatives novatrices telles que la gestion axée sur les résultats, la couverture santé universelle, le fonds social. La plupart des dossiers nouveaux lui sont confiés. Ce qui en fait une Direction surchargée et ayant peine à répondre avec le niveau de qualité requise aux sollicitations fréquentes (analyse des PAAs, cadrage). Aussi bien pour la formulation de la nouvelle politique de santé que pour la préparation du nouveau plan et le suivi des réformes requises, il est important que la Direction de la Planification soit mieux investie dans son rôle et dégagée de fonctions qui l'alourdissent et la rend moins performante. A cet effet, il apparaît important que la DEP soit dégagée des fonctions suivantes :
- La gestion de la gratuité, fonction pouvant être transférée à la DGR ;
- Le suivi de l'exécution des programmes de lutte contre la maladie (au nombre d'une trentaine) fonctions à répartir selon la pertinence de l'objet entre la DGSP et la DGSR ;
- La recherche en santé (formulation des priorités, des thèmes et suivi de la mise en œuvre de la politique) DGSP et DGSR ; les activités de recherche seront confiées suivant l'objet aux Centres et Instituts qui en ont déjà la charge (CERMES, ISP).

Elle doit être centrée autour des fonctions suivantes :

- Elaboration de la Politique Nationale de la Santé et des stratégies sectorielles, prospective, planification, programmation, formulation de projets, suivi et évaluation ;
- Etudes (analyses de faisabilité, études d'impact –épidémiologique, économique et social) ;
- Suivi des projets d'investissements ;
- Partenariat (PTFs, ONGs) et suivi des engagements nationaux, régionaux et internationaux

Pour lui permettre d'assumer ces fonctions, la DEP devra être érigée en une Direction Générale.

Contraintes, leviers et risques à lever

La restructuration de la DEP exigera une négociation interne au sein du Ministère avec les différentes parties prenantes et un réaménagement des fonctions actuelles des structures listées précédemment pour un transfert d'attribution. L'une des contraintes majeures porte sur le texte adopté pour toutes les Directions sectorielles de Planification qui se sont vues systématiquement la tutelle des programmes et projets de santé Dans le cas spécifique du MSP, la plupart des programmes en question sont des programmes de lutte contre la maladie tout à fait différents des programmes d'investissements. Ces programmes de lutte contre la maladie ont des spécificités qui

en rendent la coordination difficile voir très risquée s'ils sont confiés aux Directions de la Planification alors même qu'existent des structures plus habilitées pour cela au sein du Ministère de la Santé. Ceci peut constituer un argument auquel peut faire recours au MSP pour justifier le transfert des attributions à ces Directions.

1.3.2. Orienter l'élaboration du PDS en privilégiant un cheminement ascendant et participatif.

Une méthodologie visant à faire remonter les besoins prioritaires de la base au sommet devra être introduite pour pallier aux lacunes des plans antérieurs. Une telle démarche est différente des évaluations réalisées en cours de la mise en œuvre du plan. Elle a le mérite d'ouvrir les discussions autour des préoccupations réelles des populations en mettant en exergue leurs spécificités. Il ne s'agit pas d'élaborer des plans locaux et régionaux et de les consolider ensuite comme certains peuvent le penser. Une telle démarche peut être longue et coûteuse et difficile à réaliser dans un délais court. Il s'agit plutôt d'organiser les consultations à partir des districts et les régions en sollicitant la participation active des parties prenantes à chacun de ces échelons. La consolidation des rapports de ces consultations sera faite au niveau national par un groupe restreint sous la coordination technique de la DEP et la participation de quelques membres du comité sur la décentralisation et la déconcentration. Le rapport consolidé est soumis ensuite au Comité National de Santé qui s'accorde sur les priorités pour orienter les objectifs du PDS qui seront par la suite utilisés par le groupe de planification.

Contraintes, leviers et risques à lever

Ces consultations pour être à la fois productives, fiables et utiles doivent être suffisamment bien préparées. Au plan méthodologique, la qualité et la représentativité des participants. En plus d'une importante action visant à sensibiliser et préparer les participants à ces processus, leur réalisation et l'optimisation des résultats des discussions auront un coût financier qu'il faut considérer comme incontournable.

1.3.3. Centrer le contenu du PDS et du PDQ sur la gestion axée sur les résultats (GAR) et le financement basé sur la performance.

Le PDES et les différents documents cadres de politique économique ainsi que les documents communautaires UEMOA demandent au Niger de mettre en œuvre la GAR comme principe de base pour une amélioration de la performance économique et la reddition des comptes. De même, GAVI, le Fonds Mondial et la Banque mondiale conditionnent leur financement à l'acceptation des principes de PBF. Le PDS dans son contenu et ses orientations doit contribuer à créer les conditions permettant de concrétiser la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé. La GAR et la FBP ne sont pas contradictoires ; tous deux réfèrent au principe d'accorder une attention aux résultats et la recherche de la meilleure performance en les liant au financement consenti. Il est important au cours de cette phase de conceptualisation et de création des conditions de mise en place de prévenir les confusions. Dans son énoncé le PDS doit y contribuer nécessairement. Le PDS à cet effet doit énoncer des résultats globaux clairs qui seront décomposés par la suite en

résultats individuels dans les plans opérationnels tels que les PAA ; ceci exigera du PDS d'être plus explicite, lisible et précis dans ses orientations et les objectifs poursuivis. Les axes stratégiques devront être déclinés en programmes⁵ qui seront les points de départ de l'élaboration du cadre des dépenses sectorielles à moyen termes. Ce dernier devra être lié à un cadre des dépenses à moyen termes qui sera élaboré par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)

1.3.4. Passer du cycle de planification de 5 ans à un cycle de 10 ans.

Le cycle de planification stratégique actuelle est de 5 ans au MSP. Ce cycle semble être court pour une planification stratégique et ce, pour deux raisons : la première est que la planification stratégique en santé prend un temps qui est long. Il varie entre 6 mois et 1 an. La seconde est que les pays qui ont un cycle de cinq (5) ans ont du mal à faire les évaluations finales de leur plan de développement sanitaire. Les évaluations à mi-parcours se font souvent après 3 ans, c'est-à-dire au cours de la quatrième année de mise en œuvre avec comme conséquence qu'une évaluation finale faite au cours de la cinquième année aurait des résultats proches de celle de l'évaluation à mi-parcours. Tout cela contribue à alimenter le sentiment que le cycle de 5 ans ne laisse pas assez de temps pour la mise en œuvre (une bonne partie du temps est consacrée à la planification et aux évaluations).

Un cycle de planification sur 10 ans permet de faire une évaluation à mi-parcours au début de la sixième année avec option de réactualiser le plan si nécessaire et une évaluation finale au cours de la 10^{ième} année de mise en œuvre, soit au minimum quatre ans après l'évaluation à mi-parcours. En plus, en 10 ans, on a la possibilité d'induire réellement des changements en termes d'impact sur la santé des populations.

Contraintes, leviers et risques à lever

La mise en place de la GAR exigera un changement de mentalités de la part des acteurs impliqués dans le service public, une orientation du travail vers des résultats précis mesurables, la mise en place d'un système d'évaluation objective des performances réelles non fondées sur des appréciations étrangères aux objectifs poursuivis par le service public (telles que le clientélisme politique). La GAR va en plus exiger que soient entreprises des réformes qui permettent aux structures organiques d'être en mesure de réaliser les résultats liés aux programmes dont ils auront la charge.

1.3.5. Activer le Comité de suivi de la décentralisation et de la déconcentration sous la supervision du SG et l'appui technique de la DEP.

La décentralisation est l'option d'organisation et de gestion de l'Etat décidée par les autorités du Niger. La prise en compte de cette donnée dans le nouveau PDS doit être clairement affirmée pour le secteur de la santé y compris dans ses modalités de transfert des compétences et des moyens aux collectivités territoriales ainsi que les modalités de financement leur incombant. Le Comité de suivi devra par conséquent être mis en place par

⁵ Le programme ici doit être compris comme un ensemble des ressources, d'actions à mener et des objectifs à atteindre. Il ne s'agit pas du tout d'un programme de lutte contre la maladie (qui est une structure physique avec adresse).

le Ministère de la Santé pour assurer l'interface avec le groupe en charge de l'élaboration du PDS.

Contraintes, leviers et risques à lever

Il existe une timidité réelle des administrateurs de la santé publique à s'engager dans un processus de décentralisation au-delà d'une invitation des acteurs communautaires à siéger dans les organes de gestion des centres de santé. Pour un grand nombre cela signifie une perte de pouvoir auquel ils tiennent. Ceci est vrai malgré le discours ambiant indiquant que le Ministère de la santé fait partie des départements pionniers en matière de décentralisation et de partenariat avec les collectivités territoriales. C'est justement parce que le MSP a réussi plus que d'autres départements sur le terrain de la déconcentration qu'il s'avère nécessaire pour lui d'avancer sur le terrain de la décentralisation.

1.3.6. Adresser la question de la dualité entre les plans de développement communaux (PDC) et les plans régionaux santé (PDSR).

Au niveau des districts sanitaires persiste la dualité entre le PDC et les plans locaux dénoncée dans le document d'orientations politiques de la décentralisation du Niger. De notre analyse, ce phénomène est lié à l'absence d'une méthodologie permettant de lier les deux processus plus qu'à un manque de volonté. La formulation du nouveau PDS doit permettre d'ouvrir la voie vers une plus grande cohérence entre les deux plans. Une meilleure connaissance des techniciens évoluant dans les districts sanitaires et les élus des collectivités par une sensibilisation et la mise à disposition d'une méthodologie claire et accessible à tous, permettra de mieux comprendre les gains susceptibles de résulter de la mise en cohérence de ces deux plans.

Contraintes, leviers et risques à lever

Les hésitations des professionnels de la santé par rapport aux gains qui pourront résulter d'une telle harmonisation surtout qu'ils ne reconnaissent pas aux élus locaux une capacité technique à appréhender les problèmes de santé. En outre les ressources n'étant pas transférées à hauteur des besoins des Collectivités territoriales pour s'engager clairement à assumer les responsabilités qui leur sont confiées. Ces deux attitudes sont des freins à la création d'une réelle dynamique complémentaire. Pour les vaincre, **la cellule d'Appui à la décentralisation et à la déconcentration** une fois créée, en exécution de la directive N°104/2014/CAB/PM, doit se voir confier un mandat clair et des moyens pour avoir une action visible et mesurable sur le terrain.

1.3.7. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

La réalisation des actions subséquentes liées à la planification stratégique opérationnelle et participative demandera une série d'actions décrites dans le tableau ci-après.

Axe 3 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en œuvre	Commentaires Recommandations
3	Organiser une planification sanitaire stratégique et opérationnelle participative consensuelle et ascendante axée sur les résultats et articulée avec la planification des collectivités locales	Institutionnel				
		<ul style="list-style-type: none"> Recentrage de la DEP Activation de la cellule de décentralisation et déconcentration Introduction d'une méthodologie de planification ascendante				
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel		<ul style="list-style-type: none"> Un expert International en Planification sanitaire décentralisée pour développer une méthodologie pour la cohérence PDC & Plan de district ; Un expert pour une méthodologie d'élaboration des PAA et PTQ à la suite du PDS en cours d'élaboration 	<ul style="list-style-type: none"> Une méthodologie pour la cohérence PDC (plan de développement des collectivités) et Plans de développement des districts et régions (PDR et PDD) Une méthodologie pour une adaptation des PAA et PTQ aux exigences d'une planification fondée sur la gestion basée sur les résultats. 	

1.4. Axe 4. Dialogue politique : promouvoir un dialogue politique multisectoriel ouvert aux communautés, à la société civile et aux PTFs, et respecter les principes de la déclaration de Paris.

1.4.1. Dialogue politique

Le dialogue politique en santé est un fertilisant en ce qu'il permet aux différents protagonistes de débattre, échanger et de mettre en cohérence leurs points de vue autour des objectifs et priorités nationales, des choix stratégiques et des investissements porteurs. Dans un secteur social tel que la santé ce dialogue doit être constant et inclusif. L'ouverture de ce dialogue aux acteurs de la société civile, le secteur privé et les collectivités territoriales est indispensable dans le contexte de l'évolution du système de santé au Niger.

Ce dialogue avait été initié entre les PTFs et le Gouvernement dans le cadre de l'UNDAF avec le système des Nations Unies ; la CCM (dans le cadre du fonds mondial pour le Sida, le Paludisme et la tuberculose) ; le Compact avec la Gestion du Fonds Commun Santé et la préparation des documents cadres de coopération bilatérale (CCS-OMS ; UNICEF ; FNUAP). Plus récemment dans le cadre d'un partenariat avec le Luxembourg, l'Union Européenne et l'OMS pour le renforcement du dialogue politique, le Niger bénéficie d'un soutien des partenaires cités pour une période de trois ans. Ces dialogues ont pu contribuer à amorcer l'application des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, à l'élaboration du PNDS qui s'achève ; des foras nationaux sur la couverture santé universelle et ouvert ce chantier de la modernisation du Ministère de la santé. Nul doute qu'il y a un intérêt pour créer un cadre de dialogue plus formel qui réduit les coûts de transaction et qui conforte le MSP dans son rôle de leadership pour les questions touchant la santé. C'est pourquoi, il est proposé d'organiser un cadre formel qui permet de faire converger les mécanismes multipartenaires existant dans un mécanisme unique de discussions stratégiques et politique autour de la mise en œuvre du PDS.

Le comité de suivi du COMPACT peut servir de point de départ à une telle idée. Celui-ci n'est pas fonctionnel actuellement du fait qu'il y a une méconnaissance du Compact considéré comme un projet à part par la plupart des interlocuteurs, et parfois comme un mécanisme activé par IHP+ (donc imposé de l'extérieur) au lieu d'être vu comme un élément fédérateur et mobilisateur pour les PTFs engagés au plan national. De même le CNTS et le CTS qui sont des mécanismes fonctionnels existant discutent des plans d'action annuels et des décisions relatives à leur mise en œuvre ; ces deux instances (technique et politique) ont besoin d'être davantage orientés sur des questions plus stratégiques (options d'accompagnement de la décentralisation ; choix des investissements prioritaires ; discussions sur les gaps de financement ; adoption et révision de la carte sanitaire ; validation de la politique de santé communautaire ; choix des options de couverture sanitaire universelle, entre autres). La participation de la société

civile, du secteur privé, des partenaires techniques et financiers (suivant un mode à déterminer) à ces instances doit être effective. A titre d'exemple pour chaque session une responsabilité claire peut être confiée aux uns et aux autres par rapport aux thèmes et à l'agenda retenus. Ceci ne s'oppose pas aux cadres de coopération bilatérale existant, au contraire il permet de s'inscrire dans la ligne de leur harmonisation et de leur alignement.

Au lieu d'inventer de nouveaux mécanismes il est proposé de bâtir sur l'existant, aussi les comités indiqués ci-après pourraient être renforcés à cet effet :

- Le comité de suivi du PDS et du COMPACT (co-présidé par le MSP et le chef de file des PTFs) ; avec une régularité des échanges entre MSP et partenaires au développement autour de thématiques portant sur des questions stratégiques liées à l'exécution du COMPACT et le PDS, la dévolution de programmes dont l'exemple est la lutte contre la malnutrition; les ajustements liés au rythme des décaissements ; la mise en place des contreparties nationales; la valorisation et l'inclusion des plateformes UNDAF ; le choix des bénéficiaires des subventions du Fonds mondial ; l'examen des rapports d'audit des projets et programmes, etc.
- le CNS et CTNS dont la gamme des sujets à traiter est élargie comme indiqué précédemment et auquel des représentants effectifs des différentes parties prenantes sont associés Ministres en charge de secteurs connexes de la santé, parlementaires membres de la commission des affaires sociales et culturelles de l'Assemblée nationale, représentants de l'Assemblée issue de la décentralisation, le secteur privé clinique et pharmaceutique, représentants de la société civile, les PTFs. Il présente l'avantage d'être multisectoriel et il inclut les parties prenantes qui ne sont pas signataires du compact. En plus le CTNS peut être restructuré en organes techniques chargés de préparer les thèmes à discuter à un niveau plus politique.

Contraintes, leviers et risques à lever

Le débat politique est considéré comme l'affaire des « politiciens » ou du Cabinet du Ministre. Aujourd'hui, ceci est une vue erronée si l'on considère le nouveau contexte d'acteurs multiples et l'intérêt manifeste des parties prenantes pour les questions liées à la politique de santé.

On notera que la composition pléthorique des membres des différents comités constitue très souvent un handicap pour leur fonctionnalité et donc pour leurs apports réels. Il est par conséquent nécessaire de définir *un modus operandi* qui combine la réduction du nombre des comités et une composition équilibrée en nombre et en qualité des membres de ceux dont le maintien se justifie de par la pertinence de leur rôle et de la valeur ajoutée qu'ils peuvent apporter aux débats politiques. On notera qu'il n'existe pas une tradition d'évaluation de ces comités per se une fois mis en place. Instaurer une systématisation

d'une évaluation périodique de la performance et du fonctionnement de ces comités s'avère indispensable pour l'exercice de la transparence qui constitue leur raison d'être.

1.4.2. Respect des engagements internationaux

Le respect des engagements internationaux est fortement lié à la souveraineté et reflète l'image que le pays veut donner dans le concert des nations. Au niveau de la santé de nombreuses nouvelles Initiatives ne pourront avoir un impact significatif que si les Etats membres ou parties prennent ensemble des actions concertées (déclaration d'Abuja sur le financement de la santé ; la convention cadre sur le tabac ; objectifs du millénaire pour le développement; règlements sanitaires internationaux ; santé et environnements ; santé des migrants, etc. Les résolutions ou déclarations afférentes à ces différentes initiatives et décisions sont prises au niveau mondial ou régional. Le Niger est partie prenante pour la mise en œuvre d'un grand nombre de ces engagements. Il est dès lors nécessaire pour le pays d'organiser un suivi de l'état de mise en œuvre de ces engagements pour se situer par rapport aux autres pays en vue de prendre les mesures correctives idoines. La responsabilité du suivi de ces engagements (inventaire actualisé, coordination des entités nationales partie prenante, efficacité des mesures prises, performance nationale, partage de l'information) n'est pas bien établie.

Alors que la DEP est en charge du suivi du partenariat, une telle tâche ne semble pas lui incomber en réalité à l'heure actuelle ; des échanges réalisés il semble que la DGR a eu à assumer certaines responsabilités à cet égard, notamment pour le paiement des contreparties nationales. Quoique constituant en partie une manière d'honorer les engagements, l'acquittement des cotisations n'est pas suffisante. Ces engagements sont le plus souvent assortis de résultats à réaliser dans un horizon déterminé ; d'objectifs de mobilisation des parties prenantes nationales ; de partenariats supranationaux et de reddition de comptes. Existe-t-il un réel engouement porté sur la question ? En voit-on un intérêt réel ? A ces deux questions nous n'avons pas pu obtenir de réponses claires et tranchées. Il s'avère cependant nécessaire, à l'heure où le Ministère de la Santé s'engage dans un processus de modernisation, qu'une attention particulière y soit accordée dans sa routine de fonctionnement.

Les actions énumérées ci-après devraient permettre de pallier les insuffisances constatées :

- i. procéder à un inventaire exhaustif des engagements internationaux du Niger encore actifs ; et faire le point des mesures prises en vue de les mettre en œuvre et identifier le cas échéant les goulots d'étranglement ;
- ii. responsabiliser une entité qui pourra collaborer étroitement avec les services appropriés du MAE, la Primature, la Présidence ; la commission des affaires sociales et culturelles de l'Assemblée nationale ; et les PTFs pour faire le suivi des engagements en matière de santé ; la DEP est le candidat pour une telle entité.
- iii. produire un rapport périodique à partager avec les acteurs nationaux et les partenaires ;
- iv. rappeler autant que faire se peut les engagements du pays dans les documents de politique nationale future.

Contraintes, leviers et risques à lever

L'éparpillement des centres traitant cette question (MAE qui paraphe les accords ; l'Assemblée nationale pour la ratification de certains engagements ; la gestion multisectorielle de certains engagements liés à l'environnement et santé ou les questions de population ; le Ministère des Finances pour les engagements vis à vis de la CEDEAO et l'UEMOA ; le Ministère du Plan pour les engagements liés aux questions de population ; le Ministère des Enseignements supérieurs pour la recherche scientifique) peut rendre plus difficile l'inventaire des engagements internationaux en matière de santé. Une bonne sensibilisation des acteurs cités et une implication des partenaires techniques et financiers pourront aplanir de telles difficultés.

Dans de nombreux pays, l'urgence des priorités nationales qui se bousculent par leur nombre et leur complexité, font que les engagements internationaux sont relégués à un second plan. Alors même que bon nombre de ces problèmes peuvent trouver des réponses à travers la mise en action de certains de ces engagements. C'est pourquoi, ils doivent toujours être présents dans l'esprit des décideurs politiques et techniques, pour se faire ils ont besoin d'être régulièrement informés.

1.4.3. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Afin de réaliser de manière satisfaisante les actions énumérées par rapport au dialogue politique et au respect des engagements internationaux du Niger, les capacités du Ministère de la santé devront être renforcées. Les éléments sur lesquels portent ce renforcement sont indiqués dans le tableau ci-après. Ces renforcements seront surtout d'ordre institutionnel en permettant au CNS et au Comité de suivi du COMPACT d'être à la fois réellement préparés pour rendre opérationnel et porter haut le dialogue politique dans la résolution des problèmes de santé. Dans cette perspective il est prévu de recourir aux services d'un expert national. Pour les engagements internationaux, il est suggéré de renforcer les capacités actuelles de la DEP pour en assurer un suivi effectif et pour tenir les acteurs nationaux suffisamment informés sur les progrès réalisés dans leur mise en oeuvre.

Axe 4 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
4	Dialogue politique : promouvoir un dialogue politique multisectoriel ouvert aux communautés, à la société civile et aux PTFs, et respecter les principes de la, déclaration de Paris	Institutionnel		Recruter un consultant qui sera chargé de proposer une révision des attributions du Comité National de santé et des modalités d'organisation du travail du Comité du COMPACT (PDS) afin d'en faire un cadre permanent de dialogue politique entre les partenaires engagés dans la mise en oeuvre du PDS.		
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel				
	Engagements internationaux	Institutionnel		Recruter un consultant national pour faire l'inventaire des engagements internationaux et pour développer une base données interactive.	Un inventaire exhaustif des engagements internationaux du Niger et de leur mise en oeuvre. Une base de données interactives accessibles sur ces engagements internationaux.	

		Stratégique Renforcement de la collaboration avec les autres départements et institutions agissant dans le cadre des engagements internationaux.				
		Organisationnel-Opérationnel				

1.5. Synthèse des axes prioritaires de modernisation liés à la gouvernance

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.
Objectifs Spécifiques	<p>Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i>

FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP

GOUVERNANCE

IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°1 : Affirmer le leadership et l'autorité du MSP dans le respect des textes et dans la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats				
Les grandes orientations du MSP sont diffusées, et connues des agents	DC, SG	Sept 2015	Sept 2015	
Les DG ont des lettres de mission claires (objectifs, résultats, délais)	SG	Sept 2015	Sept 2015	Lettre de mission à décliner ensuite par DRSP, DN, puis divisions ...
L'IGS assure des inspections suivies d'effet (objectif : + de 50% d'inspections comparativement à 2014)	IGS	Juin 2015	Juin 2016	
Axe/résultat attendu N°2 : Cadres normatifs : des leviers d'exigence en matière de gouvernance et de gestion				
L'organigramme du MSP est disponible (les attributions et missions sont clairement définies)	SG	Sept 2015	Fin 2015	Organiser plusieurs ateliers d'appropriation (à tous les niveaux de la hiérarchie) afin d'aboutir à un consensus autour de cet organigramme
Le document des Normes et Standards est disponible	SG/DOS		Fin 2015	
La carte sanitaire est disponible	SG/DOS		Fin 2015	
Axe/résultat attendu N°3 : Organiser une planification sanitaire stratégique et opérationnelle participative consensuelle et ascendante axée sur les résultats et articulée avec la planification des collectivités locales				
Recentrer la Direction de la planification autour de son rôle principal de planification, programmation, évaluation, étude et conseil et d'appui aux autres structures du Ministère D.E.P restructurée	SG	Avant fin 2015	Plus tard fin 2016	Assistance HCME

Adresser la question de la dualité entre les plans de développement communaux (PDC) et les plans régionaux santé (PDSR) Plans régionaux et PDC alignés	DEP/Comité suivi décentralisation	Avant fin 2015		Assistance HCME et un Consultant
Activer le Comité de suivi de la décentralisation et de la déconcentration sous la supervision du SG et l'appui technique de la DEP Comité de suivi Fonctionnel	SG	Avant fin 2015		
Orienter l'élaboration du PDS en privilégiant un cheminement ascendant et participatif Tenue de consultations régionales et locales	DEP	Avant fin 1 ^{er} semestre 2016		Assistance des partenaires
Centrer le contenu du PDS et du PDQ sur la gestion axée sur les résultats (GAR) PDQ élaboré et adopté	SG/DEP	Avant fin 2015		Collaboration avec partenaires TF
Mettre en place un cycle de planification stratégique de 10 (au lieu de 5 ans actuellement) Le PDS en cours d'élaboration a un cycle de planification de 10 ans	DEP	Fin 2015		
Axe/résultat attendu N°4 : Dialogue politique : promouvoir un dialogue politique multisectoriel ouvert aux communautés, à la société civile et aux PTFs, et respecter les principes de la déclaration de Paris				
Renforcer les plateformes de partenariat : régularité des échanges entre MSP et partenaires au développement autour de thématiques telles que l'exécution du COMPACT, la dévolution de programmes, le rythme des décaissements, les contreparties nationales; valoriser les plateformes UNDAF et One UN dans le cadre des réformes des Nations Unies Tenue mensuelle de réunions MSP/PTFs	Cabinet/SG/MSP	Avant fin 2015		
Activer la plateforme de concertation sectorielle avec les autorités en charge de la décentralisation Plateforme réunit régulièrement	DEP	Avant fin 2015		Assistance HCME
Réorienter les missions du CNS et du les CTNS en faisant de ces derniers des cadres de dialogue politique en santé. Le CTNS sera alors l'organe technique chargé de préparer les dossiers et le CNS l'organe politique et décisionnel Les textes qui mettent en place le CNS et le CTNS sont actualisés	SG	Avant fin 2015		

2. Pilier II : FINANCEMENT DU SYTEME DE SANTE

L'atelier de validation du diagnostic de situation de l'audit a mis en exergue plusieurs points faibles relatifs au financement du système de la santé, au nombre desquels les problèmes liés à la préparation, le suivi de l'exécution du budget d'Etat alloué à la santé, parmi les problèmes évoqués on notera :

- Le peu de consultations internes au sein du MSP des centres de budget ; par exemple le manque de préparation des collectifs budgétaires conduit à la perte de rares ressources que le Ministère de la santé aurait pu mobiliser au profit de ses programmes en manque de financement ;
- La faible capacité d'absorption des financements matérialisée par le niveau relativement bas du budget d'investissement voté en faveur du MSP ;
- La reconduction quasi systématique des mêmes allocations en montant nominal d'une année à l'autre sans tenir compte du niveau d'absorption des institutions bénéficiaires, des variations des indices des prix ; du niveau d'atteinte des objectifs du plan ;
- Pour les subventions accordées aux EPAs et EPICs une reconduite systématique non fondée sur une performance réelle de ceux-ci (en réalité aucune exigence n'existe en la matière);
- La structure du budget en termes de ventilation des dépenses ne permet pas une lisibilité des priorités du PDS (le plan est une chose et le budget en est une autre dit-on !).

Il est proposé ci-après une série d'actions dont il est attendu qu'elles contribuent à améliorer la gestion budgétaire et rendre plus efficace l'utilisation des financements dont bénéficie le MSP.

2.1. Axe 5. Améliorer la gestion budgétaire

L'instauration d'un véritable dialogue entre le Ministre des Finances et celui de la Santé lorsqu'elle a pu être obtenue a permis d'améliorer significativement la prise en compte des priorités sectorielles. La réunion des Ministres de la Santé et des Finances des pays africains organisées en 2012 par le partenariat **Harmonisation de la Santé en Afrique (HHA)** avait adoptée une Déclaration des Ministres qui ouvre de nouvelles perspectives pour une collaboration en faveur de la Couverture Santé Universelle (CSU), l'introduction des mécanismes de financement innovants. Le Niger pourra tirer avantage de ce dialogue notamment pour accorder une priorité à certaines opérations budgétaires urgentes (épidémies, catastrophes, réhabilitation urgente d'infrastructures et d'équipements nouveaux).

2.1.1. Instaurer une conférence budgétaire interne au sein du Ministère:

La préparation du budget année n+1 est une étape importante devant mobiliser l'ensemble des centres budgétaires (Cabinet + SG + DGs + Services rattachés) et ne doit pas être

l'exclusivité de la seule DGR qui demeure le centre d'opérations au sein du Ministère pour la coordination de la préparation budgétaire. Une fois l'annonce des affectations budgétaires ; une conférence budgétaire interne devra être organisée pour permettre de s'entendre sur les priorités et les résultats attendus par Centres budgétaires ; ces priorités et résultats doivent nécessairement faire référence au PDS et les progrès réalisés par rapport à l'atteinte des objectifs fixés. Une fois retenues, ces propositions sont soumises au Ministre pour approbation avant la poursuite de l'exercice par chacun des centres budgétaires. Ceci ne remet pas en cause la nomenclature budgétaire standard du budget de l'Etat. L'avantage d'un tel processus c'est d'éviter une reconduction systématique et mécanique du budget d'une année sur l'autre sans qu'aucune discussion soit engagée avec les bénéficiaires et servir de point de départ de l'élaboration d'un véritable programme-budget et d'une gestion basée sur les résultats.

2.1.2. L'instauration d'un mécanisme de consultation périodique de suivi de l'exécution du budget (trimestrielle),

Pour faire le point de l'état d'exécution du budget; cette consultation tenue en amont des collectifs budgétaires peut servir pour mieux les préparer. La DGR à travers la DFRM servira de cheville ouvrière d'un tel processus.

Contraintes, leviers et risques à lever

La réussite de telles dynamiques dépendra du changement de mentalités des agents « financiers » qui doivent nécessairement intégrer une compréhension des avantages du budget-programme et de considérer les services techniques comme des partenaires. De même les services techniques doivent accepter de consacrer du temps pour ces opérations de programmation et de suivi budgétaire dans un contexte nouveau de gestion basée sur les résultats.

2.1.3. L'amélioration de la capacité d'absorption du MSP.

Elle constitue un impératif dans un contexte caractérisé par les besoins immenses de financement du secteur de la santé du Niger. Elle résultera des effets combinés de l'adoption de nouveaux types de comportements des bénéficiaires des allocations budgétaires et des agents en charge de la gestion budgétaire au sein du MSP: la vigilance des bénéficiaires par rapport au niveau d'exécution des budgets ; un suivi rigoureux et un rapportage régulier et fiable de l'utilisation des allocations par centre budgétaire. L'institution d'un système de rappel périodique systématique à l'attention des responsables de centres budgétaires complétera ce dispositif.

Contraintes, leviers et risques à lever

Ces nouvelles modalités vont induire un surcroit de charge de travail inhabituel pour les agents de la DGR par rapport à leurs habitudes de travail, celui-ci peut constituer une contrainte dont il faut avoir une claire conscience. L'instauration de moyens d'incitation non pécuniaires du genre meilleur agent de l'année peut aider à atténuer les résistances pouvant être constatées. Une évaluation périodique de cette procédure par les superviseurs ainsi que les discussions préparatoires des collectifs budgétaires, serviront pour faire le point sur l'efficacité des procédures mises en place.

2.1.4. Rendre plus efficace la dépense publique de santé

Si l'accroissement de l'efficacité de la dépense publique constitue un objectif important de l'amélioration de la gestion budgétaire elle ne sera cependant pas automatique. Des efforts individuels et collectifs seront nécessaires. Une série d'actions seront nécessaires au nombre desquelles, le ciblage des objectifs précis en rapport avec les priorités définies dans les Plans de Travail ; la mise en rapport entre la dépense et le résultat attendu avant tout achat ; le choix de la meilleure combinaison technique du point de vue du coût et de l'efficacité pour obtenir le meilleur résultat possible dans le contexte du pays toute chose étant égale par ailleurs ; l'application stricte de procédures de passation de marché suivant les normes et standard validés au niveau national. Ces changements n'arriveront pas tout seul, il sera nécessaire d'introduire de nouvelles méthodes de travail et favoriser des attitudes plus vertueuses de lutte systématique contre les gaspillages des biens publics et une prise de conscience pour leur respect. Dans une large mesure, le Partenariat Public Privé (PPP) peut contribuer à rendre plus efficace la dépense publique par le recours au secteur privé lorsqu'il y a un réel avantage comparatif et un savoir faire ou parfois lorsque les investissements dépassent la capacité de financement du seul secteur public.

2.1.5. Consolider la gestion axée sur les résultats

En ligne avec l'action précédente visant à améliorer l'efficacité de la dépense publique, l'instauration d'un système de gestion axée sur les résultats est une décision nationale inscrite comme un des critères de performance du PDES. Sa mise en place ne peut cependant se faire qu'à certaines conditions : une démarche systématique visant à identifier pour chacune des interventions/programmes des résultats mesurables dans le temps (conformément aux objectifs programmatiques du PDS) ; l'identification des combinaisons techniques (normes) les plus efficaces et moins onéreuses pour chacune des interventions ; la mise en place de mécanismes d'évaluation de la performance obtenue au regard des résultats (avec des modalités, fréquence, grille d'évaluation, notation). Le PAA pour chaque entité peut servir d'entrée pour l'évaluation de la performance à condition qu'il soit élaboré de manière rigoureuse et que l'on puisse ensuite le décomposer en termes de tâches assorties de résultats qui sont confiées à chaque agent. Pour chaque agent, une fiche indiquant clairement des activités (découlant du PAA) est remplie suite à une discussion entre lui et son superviseur. Cette fiche d'évaluation est signée par les deux (superviseur et agent) indiquant que le superviseur et l'agent s'accordent par rapport à la réalisation des objectifs retenus en début d'année ; (ces fiches d'évaluation individuelles doivent être standardisées pour toute l'administration du MSP). Selon la fréquence retenue, l'agent et le superviseur procèdent à une évaluation du chemin parcouru et analysent ensemble les contraintes en vue de les lever. Certains préalables sont à réaliser : (i) l'existence d'un mécanisme d'évaluation officiellement établie et qui s'impose à tous les acteurs quelle que soit leur position dans l'administration ; (ii) l'acceptation par les agents et les superviseurs des modalités fixées ; (iii) l'application de sanctions positives ou négatives au terme de l'évaluation en fonction des résultats obtenus ; (iv) une sensibilisation et une préparation de l'ensemble des superviseurs et des agents.

Il est important d'instaurer une évaluation systématique de l'impact de l'introduction de la gestion axée sur les résultats comme pratique de l'administration. Cette évaluation permettra d'identifier les bonnes pratiques mais également les contraintes et goulots d'étranglements afin de les lever à temps.

La mise en place de l'approche de gestion axée sur les résultats aura besoin d'une expertise technique pour d'apprécier la base juridique des implications par catégorie d'agents et de services ; pour élaborer les supports appropriés ; définir les modalités d'organisation.

Contraintes, leviers et risques à lever

Il ne sera pas possible d'appliquer la GAR, si les nominations ne sont pas maîtrisées et que la hiérarchie n'est pas respectée. Les récompenses ne peuvent être accordées aux plus méritants du point de vue de la performance et du rendement. Ces problèmes constituent des préalables à régler d'urgence.

2.1.6. Evoluer vers une présentation consolidée des financements dont bénéficient le MSP facilitant leur traçabilité et leur suivi en temps réel.

De nombreuses sources financent le système de santé : le budget de l'Etat (dépenses de fonctionnement et d'investissement) ; le financement extérieur dont le fonds commun, le financement direct de projets et programmes (coopération bilatérale et multilatérale ; Initiatives mondiales santé telles que le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le Paludisme, GAVI), et l'aide budgétaire directe; les systèmes de recouvrement des coûts et plus accessoirement les transferts liés aux mécanismes de protection sociale. Ces différents financements sont fournis séparément par différents acteurs qui n'échangent pas forcément leurs données. Aussi est-il difficile de se faire une idée de l'ensemble des financements reçus. Un handicap important pour une vue d'ensemble des volumes de financements et par conséquent pour une gestion rationnelle des moyens financiers injectés dans le système de santé. Il faut attendre la réalisation des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) pour reconstituer à priori un tel tableau. L'utilité de celui-ci au moment des opérations est limitée car il ne permet pas d'effectuer des corrections ou des ajustements en temps réel. Faire de la consolidation des financements un des objectifs de la modernisation du Ministère de la santé constitue un choix nécessaire dans un contexte où la promotion de la gestion axée sur les résultats est citée comme une priorité.

Une telle responsabilité incombe aux services de suivi de l'exécution du PDS et requiert des compétences techniques en nombre suffisant et des moyens appropriés afin d'organiser la collecte, l'apurement, le stockage des données, et la l'élaboration de tableaux périodiques à disséminer auprès des différents partenaires. La mise en place d'un tel outil accessible à tous constitue un point de départ pour la transparence de la gestion des financements Un tel système peut-être mis en place pour l'année budgétaire 2016 avec l'apport d'une expertise.

Contraintes, leviers et risques à lever

La mise à disposition des informations relatives aux financements peut être sujette à des résistances qu'il faut pouvoir vaincre. Aussi, la DRFM, les PTFs, les ONGs, et les différents programmes de lutte contre la maladie et les projets d'investissement doivent collaborer en fournissant les données en leur possession. Une instruction spécifique du Ministre sera nécessaire à cet effet. La direction des Etudes et de la Planification (DEP) jouit déjà des attributions spécifiques pour une telle activité à travers la Division financement, mais les effectifs en personnel et les qualifications requises ont besoin d'être renforcés.

2.1.7. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Deux (2) activités importantes qui s'inscrivent dans le cadre de l'amélioration de l'exécution budgétaire portent sur le renforcement des capacités des services du Ministère de la santé à élaborer un tableau de financement consolidé en temps réel et d'en analyser les grandes tendances d'une part, et d'autre part sur l'élaboration d'une méthodologie standardisée pour la GAR. Une fois cette méthodologie développée, il va falloir entreprendre de la rendre accessible à tous les acteurs.

Axe 5 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)									
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations			
5	Améliorer la gestion budgétaire	Institutionnel Une présentation consolidée des financements de la santé en temps réel. Définir une méthodologie pour la rendre fonctionnel le GAR	Formation du personnel à la méthodologie de la GAR.	Recruter un consultant pour élaborer un guide méthodologique pour l'application du GAR dans tous les démembrements du MSP	Un nouveau canevas de présentation consolidée des financements de la santé. Guide méthodologique pour la fonctionnalité du GAR	Les orientations portent sur la mise e œuvre immédiate et généralisée de la GAR. Cela s'avère impossible tant que le personnel n'aura pas été bien formé et que tous les outils de gestion ne sont pas en place notamment ceux portant sur l'évaluation de la performance			
		Stratégique							
		Organisationnel-Opérationnel							

2.2. Axe 6. Concrétiser la couverture santé universelle (CSU): passer de la volonté politique et de l'ambition à sa matérialisation

2.2.1. Couverture Santé Universelle

La CSU est un ensemble de mesures visant à prévenir des risques d'appauvrissement tout citoyen en lui garantissant, de manière équitable, l'accès continu à des services de soins de santé de qualité. A cet égard, la CSU peut-être une solution pour la réduction des dépenses de santé qui pèsent anormalement sur les ménages comme c'est le cas au Niger.

En septembre 2011, le Niger a adopté une Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) comportant les 5 axes : sécurité alimentaire et nutritionnelle ; sécurité sociale, travail et emploi ; services sociaux (éducation, santé, etc.) et infrastructures sociales de base ; action spécifiques en faveur des groupes vulnérables ; et la définition d'un cadre législatif et réglementaire. La coordination de la mise en œuvre de la PNPS est confiée à un **Comité Interministériel Permanent de Coordination** relevant de la Primature et qui regroupe certains ministères dont le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge de la Population en est le Chef de file.

Si la PNPS n'est pas synonyme de CSU, elle traduit une volonté politique d'accorder une attention prioritaire à la protection des populations contre les risques dont ceux ayant trait à la santé. Elle offre un cadre précurseur pour la mise en place de la CSU.

Plusieurs régimes coexistent au Niger pour l'instant sans véritablement une intégration, il s'agit notamment de :

2.2.2. Un régime contributif, pour lequel, chacun des adhérents contribue financièrement, dans cette catégorie 3 groupes :

- les travailleurs salariés du secteur privé affiliés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (soins de santé auprès des services médico-sociaux de la CNSS ou auprès de médecins conventionnés).
- les travailleurs salariés du secteur parapublic pour lesquels, chaque entreprise organise une forme d'assurance maladie interne.
- les affiliés auprès des compagnies d'assurances commerciales/privées.

2.2.3. Un régime non-contributif, qui regroupe les situations suivantes :

- les Agents de l'Etat pour une prise en charge à hauteur de 80 à 90 % des soins dans les formations publiques de santé ;
- les auxiliaires (contractuels) du secteur public pour lesquels une prise en charge par la CNSS est organisée (prestations fournies par les services médico-sociaux de la CNSS) ;
- l'assistance aux populations pauvres ou vulnérables. Elle se fait à travers des mesures ciblées telles que :
- la prise en charge des personnes indigentes ;

- la gratuité des soins de santé (instaurée au Niger depuis 2006 pour les enfants de 0-5 ans ; les césariennes et les cancers féminins);
- l'assistance ciblée aux porteurs de maladies ou affections telles que le SIDA, la tuberculose pulmonaire, la lèpre, la malnutrition, etc. ;
- les évacuations sanitaires à l'extérieur du Niger ;
- Le Recouvrement des Coûts instaurés dans les formations sanitaires publiques. Dans ces cas, les tarifs appliqués sont subventionnés par l'Etat.

Le processus de mise en place d'un système de CSU au Niger a commencé depuis quelques années déjà avec l'appui de plusieurs partenaires dont le BIT, la CTB, l'OMS. Par arrêté du 19 mars 2013 N°128/MSP/SG/DEP/DF un Comité Technique chargé de conduire une réflexion sur la création d'un Fonds Social de Santé au Niger a été créé ; un autre arrêté N°183/MSP/SG/DEP/DF du 26 avril 2013 met en place un autre Comité technique chargé de réfléchir sur la Couverture Universelle en Santé au Niger. Plus tard, le 2 Octobre 2013 une Note de service N° 608/MSP/SG/DEP/DF modifiée par la note de service N°35/MSP/SG/DF met en place un Groupe Technique Restreint ayant pour mission de proposer au Comité Technique un modèle d'architecture de CSU ;

Un projet d'architecture de la CSU au Niger issue des réflexions du groupe technique restreint a été proposé. Au moment de la mission d'audit, celui-ci n'avait pas été encore validé. Les principes énumérés ci-après ne peuvent pas être considérés comme des éléments d'une architecture de la CSU, il s'agit notamment:

- Un modèle mutualiste ;
- Une participation des collectivités territoriales au financement ;
- la prise en charge des indigents par des mécanismes définis par le Fonds Social De Santé (FSDS) (non encore créé de fait) ;
- le principe de la séparation des fonctions (i) de régulation, (ii) de paiement des prestations et services, (iii) de gestion technique et coordination (Agence de gestion CSU), (iv) de défense des intérêts des assurés/bénéficiaires, (v) de fourniture de services ou prestations de soins (Ministère de la santé) et (vi) de contrôle de la qualité des services et prestations fournies (Financement Basé sur les Résultats).

Ces éléments sont assez épars pour constituer la base d'un système de couverture universelle santé. On ne voit pas quel sort sera réservé à certains mécanismes tels que la gratuité des soins (qui mobilise un volume important de moyens financiers) ; les subventions des tarifications à travers le recouvrement des coûts qui contribuent aujourd'hui au financement des prestations au niveau périphérique ; les mécanismes assuranciers même timides et limités du point de leur couverture. Si la volonté de concrétiser une CSU se maintient, il nous semble important **qu'un travail plus approfondi soit initié** le plus rapidement possible avec **une expertise de compétence reconnue** dont le mandat sera de : (i) de faire évoluer les réflexions actuelles des groupes techniques vers une proposition plus structurée (du point de vue du financement, des prestations et de la couverture

des bénéficiaires) et adaptée au contexte du pays ; (ii) plus tard appuyer la mise en place de la CSU (administration ; financement ; organisation des prestataires ; couverture des bénéficiaires).

Contraintes, leviers et risques à lever

Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie est une donnée qu'il ne faut pas oublier. La mise en place de la CSU se fera progressivement, elle exigera un développement équilibré de l'offre de services, les mécanismes alternatifs de financement. Alors il faudra pendant quelques temps continuer à recourir à des mécanismes de financement des gratuités. Les prestataires de soins ont l'habitude de percevoir des paiements directs au moment où les usagers ont accès aux services au lieu d'un tiers-payant, le passage à la CSU va nécessiter des changements d'attitude importants de leur part. Dans sa conception on doit penser à prévenir la surconsommation de services par certains bénéficiaires qui peut impacter sur la viabilité à terme de la CSU.

2.2.4. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

De nombreuses initiatives et actions ont été prises depuis que le Gouvernement a manifesté son intérêt pour la couverture universelle santé. Les actions identifiées pour accélérer la concrétisation de cette initiative vont fortement dépendre de la mise en place d'un cadre stratégique robuste adapté au contexte. C'est pourquoi il est proposé qu'un travail professionnel de grande qualité pour proposer un cadre approprié dans lequel se retrouve toutes les parties prenantes nationales.

Axe 6 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
6	Concrétiser la couverture santé universelle (CSU): passer de la volonté politique et de l'ambition à sa matérialisation	Institutionnel		Faire appel à un Bureau de consultance internationale ayant une expérience confirmée dans la mise en place de la CSU. Cette consultation pourra prendre six mois.	Un document cadre précis de mise en place de la CSU au Niger assorti d'un plan de financement, d'organisation et de gestion .	Faire appel à un Bureau de consultance internationale ayant une expérience confirmée dans la mise en place de la CSU. Cette consultation pourra prendre six mois.
		Stratégique				•
		Organisationnel-opérationnel				•

2.3. Synthèse des axes prioritaires de modernisation liés au financement

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.			
Objectifs Spécifiques	Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i> 			
FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP				
FINANCEMENT				
IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°5 : Améliorer la gestion budgétaire				
Axe/résultat attendu N°6 : Concrétiser la couverture santé universelle (CSU): passer de la volonté politique et de l'ambition à sa matérialisation				
Adopter le schéma d'organisation et de financement de la Couverture santé universelle intégrant la gratuité, le fonds social, le traitement des indigents Loi promulguée sur la CSU	SG/PM	Mi-2016		
Préparer la transition des formules de financement de la gratuité actuel vers la CUS Absorption de la gratuité sans perturbation chez les bénéficiaires actuels	SG	immédiat	Avant mi-2016	
Préparer un système de suivi de la mise en place et de l'évaluation de la gratuité au sein d' Ministère de la santé Mécanisme en place	SG	Début 2016	Fin 2016	
Réaliser une étude sur la gratuité pour en évaluer l'impact sur la santé des populations bénéficiaires et sur l'organisation des services de santé et tirer les leçons pour la mise en œuvre de la CUS. Le rapport de l'étude est disponible	DEP	Juillet 2015	Avant la fin de l'année 2015	L'OMS peut financer l'étude
Maîtriser les financements du système de santé pour en optimiser l'utilisation et la reddition des comptes				
Organiser et structurer le dialogue budgétaire interne à l'effet de mieux positionner le ministère dans les discussions, arbitrages budgétaires, collectifs budgétaires Tenue régulière des conférences budgétaires impliquant tous les services centraux.	MSP/DGR	A inaugurer avec la préparation du prochain budget.		
Stabiliser le fonds commun par l'augmentation du nombre des partenaires qui utilisent le mécanisme pour acheminer leur aide au développement et par l'augmentation du volume financier qui passe par ce mécanisme. Augmentation des partenaires du FC	SG	immédiat	continu	Soutien assistance technique

Publication des comptes du Ministère de la santé et leur utilisation pour la prise des décisions Restitution annuelle des exercices des comptes nationaux à un public plus large	SG/DEP	Utiliser les résultats de l'année 2012-2013	
--	--------	--	--

3. Pilier III : RESSOURCES HUMAINES

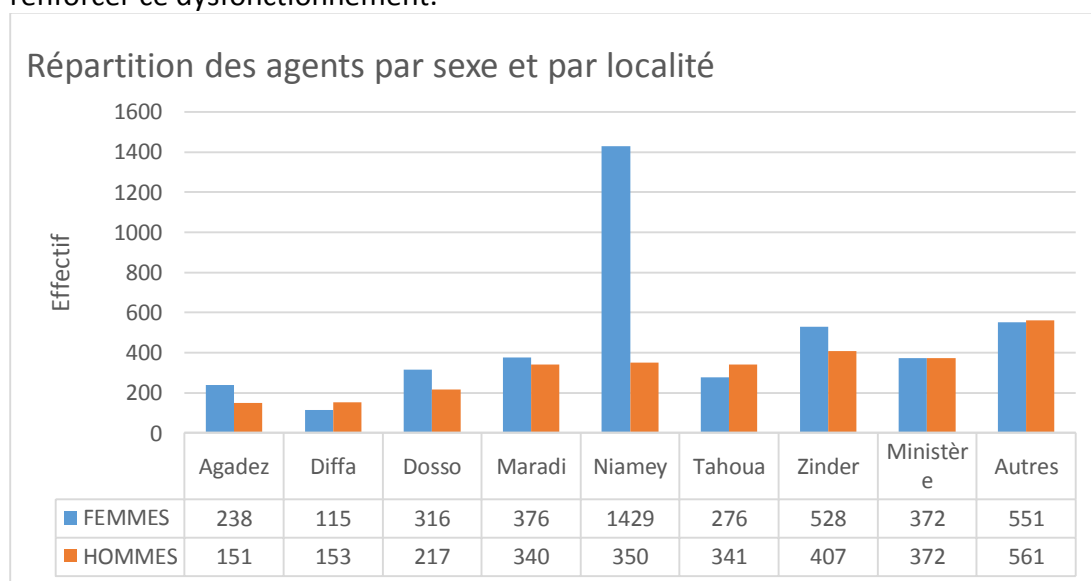
Moderniser la fonction ressources humaines, c'est asseoir les bases d'une gestion rationnelle (efficacité et efficience) et préventive du personnel de la santé. Cela suppose une parfaite maîtrise de l'existant et une réelle capacité de prévention et de projection dans le futur tout en tenant compte des opportunités et des menaces dans l'environnement du secteur de la santé.

Aujourd'hui, le ministère de la santé doit relever un vrai défi celui de rétablir l'équité et la qualité dans la répartition du personnel entre les formations sanitaires de Niamey et celles des autres régions d'une part et entre les formations sanitaires des zones urbaines et celles des zones rurales d'autre part.

La tendance actuelle présente un déséquilibre profond qui se traduit par **75% du personnel de santé travaillant en zone urbaine**, pour **soigner uniquement 10% de la population**. Il s'agit là d'une situation de manque d'équité qui rend l'accès aux soins de plus en plus cher pour les ménages les plus vulnérables et de moins en moins efficace parce que le plateau technique n'est pas équitablement réparti.

La gestion rationnelle des ressources humaines doit consister à corriger ce dysfonctionnement qui met en cause tous les efforts du secteur et handicape fortement l'atteinte des objectifs du PDS 2011-2015 en cours de révision.

La forte féminisation du personnel de santé, et les ingérences de toutes natures pour infléchir les décisions administratives réglementaires au profit des affectations de complaisance et le laxisme au travail du personnel, contribue pour une bonne part à renforcer ce dysfonctionnement.



Le ministère pourra relever le défi à la condition de développer un leadership légitime et crédible qui repose sur la force interne que constituent le professionnalisme de nombreux cadres et les textes législatifs et réglementaires en occurrence la loi 2007 -26 du 23 juillet 2007 portant statut général de la fonction publique de l'Etat et son décret d'application et les opportunités qu'offrent les partenaires techniques et financiers et le Haut-commissariat à la modernisation de l'Etat pour éliminer les grosses faiblesses liées à l'organisation du travail, au manque de résultats et au laxisme interne au ministère et les menaces sur les ressources humaines, notamment la prééminence de la fonction politique sur la fonction administrative (loi 2011-21 du 08 août 2011, déterminant la classification des emplois supérieurs de l'Etat et fixant les conditions de nomination de leurs titulaires).

Cette loi déresponsabilise les politiques par rapport aux exigences de compétences et de performances de leurs charges et crée ainsi légitimement les conditions du clientélisme dans la gestion de l'administration de l'Etat et la fragilisation des fonctions du Secrétaire Général et de l'Inspection Général des services qui ne peuvent jouer efficacement leurs rôles face aux pressions partisans légitimées par la notion de discrétion, critère unique qui préside à la nomination aux postes supérieurs à caractère politique.

Tous les titulaires des postes techniques étant nommés par les politiques, tous les postes administratifs deviennent de fait des postes politiques soumis à toutes les ingérences partisans, culturelles et sociales.

Une telle disposition ne peut que générer une administration publique politisée et inefficace, peu apte à promouvoir une gestion rationnelle et stratégique des ressources humaines et par conséquent inapte à la gestion axée sur les résultats.

Le ministère pour construire un système de gestion moderne de ses ressources humaines doit mettre en place trois axes de modernisation :

- **1. Axe 7 :** passer d'une culture de gestion administrative et très politisée du personnel à une culture de gestion prévisionnelle et stratégique axée sur les résultats à travers des outils modernes d'aide à la décision.
- **2. Axe 8 :** rendre opérationnel le système d'évaluation et de l'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007
- **3. Axe 9 :** la gestion de la qualité de la formation initiale et continue

3.1. Axe 7. Passer d'une culture de gestion administrative et « politisée » du personnel à une culture de gestion prévisionnelle et stratégique axée sur les résultats à travers des outils modernes d'aide à la décision.

3.1.1. La gestion qualitative et quantitative des effectifs et des emplois.

La gestion qualitative et quantitative des effectifs et des emplois constitue un enjeu majeur de la fonction gestion des ressources humaines de la santé.

Aujourd'hui, le ministère n'a pas une maîtrise de ses effectifs depuis le niveau de la case de santé jusqu'au niveau des directions centrales encore moins de l'ensemble du secteur de la santé.

Les effectifs assurés à travers des programmes des partenaires techniques et financiers ne sont pas connus et leur dévolution n'est pas programmée.

Les normes et standards applicables à la détermination des effectifs par niveau de la pyramide sanitaire sont toujours en discussion à travers le processus d'actualisation des normes de 2007.

Quelles normes faut-il appliquer pour déterminer les effectifs cibles par formation sanitaire et ceux du niveau central pour assurer efficacement la mission du ministère ?

Est-ce les normes OMS de 1médecin/10.000hts ; 1 infirmier/5000hts ; 1 sage-femme/5000 femmes en âge de procréer ? Ou

Les normes arrêtées en interne en 2011 pour évaluer les besoins du PDS 2011-2015 de 5 médecins/DRSP ; 4 médecins par hôpital de district ; 4 infirmiers par CSI ? Ou les normes WISN basée sur la charge de travail ?

Seule l'ex-DRH a été formé à cette norme et la démultiplication de cette formation a été programmée dans le Plan Annuel d'Activités 2015.

Toutes ses options sont sur la table et il est impératif d'en adopter une qui servira de référentiel en plus des dispositions organiques du décret n°99-465/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999, portant création, composition, et attributions de la Commission Nationale de Rationalisation et de Gestion des Structures et des effectifs de l'Etat ; pour apprécier la qualité et la quantité des ressources humaines du ministère de la santé et planifier les besoins en personnel.

La DRH, doit donc finaliser la détermination des normes et standards, et comme l'a voulu Monsieur le ministre de la santé, la DRH comme déjà planifier dans son PAA 2015, doit faire le recensement physique des effectifs et des emplois du ministère de la santé, au niveau central, au niveau déconcentré et au niveau décentralisé, de manière à identifier à chaque niveau les besoins réels en effectif au plan qualitatif et au plan quantitatif.

M. Le ministre voulait savoir au niveau de chaque maillon de la pyramide sanitaire et jusqu'au niveau des directions centrales du ministère; combien il y a –t-il de personnes, par sexe, par profil, par statut ; par âge, par ancienneté au poste ; savoir s'il y a sur - effectif ou sous –effectif et pourvoir faire des redéploiements au besoin.

Cet exercice qui nécessite un comptage physique du personnel poste par poste permettra de déterminer les besoins en effectifs quantitativement et qualitativement par poste en application des normes qui seront adoptées et après déduction des départs à la retraite, les

présents payés mais inactifs, les absents payés ; les positions administratives en détachement ou en disponibilité ; et de disposer ainsi d'une cartographie actualisée des effectifs du ministère par poste, par région, par niveau de la pyramide sanitaire, et par direction centrale.

A partir de ce travail, la DRH pourra élaborer un plan de recrutement et un plan de formation réalistes qui reposeront sur les besoins tangibles à planifier sur un horizon de moyen terme (5ans) à l'instar du PDS 2016-2020 en cours de préparation. Ce travail pourra être traduit en un cadre organique renseigné et planifié sur 5 ans pour servir de boussole au ministère et servir de base au redéploiement et aux affectations.

Ce travail aura également l'intérêt d'actualiser les bases de données qui accusent depuis plus de 3 ans des retards dus au non fonctionnement du mécanisme de remontée des informations par le système de navette.

La maîtrise de l'existant par ce travail sera la condition sine qua pour asseoir une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences du ministère.

Pour ce faire, la DRH doit mettre en place un système d'information ressources humaines efficace et fiable.

Le SIGRH n'existe pratiquement pas du niveau décentralisé au niveau central en passant par le niveau déconcentré. Les relais à chacun de ces niveaux ne fonctionnent pas. Les services décentralisés et déconcentrés disposent d'information sur le personnel de la santé qu'ils doivent partager avec le niveau central en termes de recrutement, de redéploiement, de formation, de gestion de projets et programmes ce qu'ils ne font pas, aujourd'hui, faute de quoi la base de donnée n'est pas mise à jour. Dès lors que la base de données telle que représentée ci-dessous sera mise à jour et le circuit d'information du niveau décentralisé vers le niveau central en passant par le niveau déconcentré sera opérationnel, il sera possible à la DRH de disposer des données actualisées sur les effectifs, la masse salariale, les emplois et les postes budgétisés pour élaborer des tableaux de bord synthétiques et des tableaux de bords prospectifs.

Le tableau de bord synthétique permet de visualiser certains indicateurs d'état qui doivent être suivis presque au quotidien, comme les postes pourvus, les postes vacants, le taux d'adéquation/profil poste. Ces indicateurs d'état mesurent la qualité du cadre organique du ministère pour s'assurer que les ressources humaines sont disponibles pour remplir les missions assignées au département de la santé.

Le tableau de bord prospectif permet de faire des projections dans le futur et sera articulé autour des indicateurs qui seront retenus dans le PDS 2016-2020 comme cadre de résultat du volet ressources humaines du PDS, par exemple l'évolution du taux de couverture des spécialités par formation sanitaire ; la projection des recrutements, des formations, l'analyse de la masse salariale ; l'impact de la féminisation des effectifs ; etc ... pour servir d'outils d'aide à la décision rationnelle de gestion des ressources humaines.

En termes de phase de ce processus de modernisation de la Gestion Prévisionnelle des Emplois des effectifs et des Compétences (GPEEC), la DRH doit mettre en place :

1- Un circuit d'information

Le logiciel de gestion des ressources humaines doit être décentralisé et déconcentré pour permettre de saisir les données modélisées dont l'exploitation par la DRH au niveau central doit faciliter la prise de décision rapide, fiable et crédible pour inspirer confiance et permettre la restauration de l'autorité de l'Etat à travers la rigueur et la légitimité que revêtent ses décisions de recrutement, d'affectations, de formations, d'appréciation des performances, d'octroi des primes, d'avancement, et de sanctions.

Cette crédibilité dépendra fortement de la fiabilité des informations sur les emplois, les effectifs et les compétences à chaque niveau de la hiérarchie. Un schéma du système d'information pourra se définir sur ce modèle pour être interactif entre le niveau décentralisé, le niveau déconcentré et le niveau central

Exemple d'éléments constitutifs du code emploi

- Localité
- Décentralisé/déconcentré/central
- Type d'emploi (administratif/technique/santé)
- Statut (permanent, contractuel)
- Niveau sanitaire (CS-CSI-District-Région-National)



AU NIVEAU CENTRAL

Idem pour les outils

- Emplois, effectifs et compétence décentralisés ; déconcentré et centraux



AU NIVEAU DECONCENTRE

Idem pour les outils

- Emplois, effectifs, et compétences décentralisés
- Emplois et effectifs et compétences déconcentrés



AU NIVEAU DECENTRALISE

Outils RH :

- Normes et standards
- Fiches d'emploi
- Répertoire des emplois et compétences avec codification de chaque emploi
- Référentiel des emplois et des compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être, savoir-faire-savoir)
- Plan de formation
- Plan de recrutement
- Fichier du personnel (Nom, prénom, code emploi, n° matricule, sexe, âge, date d'embauche, date d'occupation du poste actuel ; rémunération, appréciation des performances, formation initiale, formation de spécialité, etc.)

Produits :

- ✚ Faire des analyses croisées dynamiques
- ✚ Sortir des tableaux de synthèse
- ✚ Sortir un tableau de bord **synthétique** (ex : nombre de postes pourvus, vacants, taux d'adéquation profil/poste) et **prospectif** (évolution du coût salarial, évolution de la couverture des spécialités, projection des besoins en compétences et emplois, suivi des indicateurs RH du PDS 2016-2020) comme aide à la décision

2- Les outils normatifs

Faire de la prévision, c'est maîtriser le présent pour anticiper l'avenir en fixant des cibles
Fort de sa tradition d'élaboration des PDS, le ministère se fixe des cibles mesurées par des indicateurs de résultats qui peuvent servir de cadre référentiel pour les fonctions de support comme la fonction ressource humaine.

Les outils spécifiques pour cette fonction doivent être élaborés pour faciliter cet alignement sur le PDS.

Il s'agira, notamment des normes et standards ; du répertoire des emplois et des compétences du ministère ; du cadre organique ; des référentiels des emplois et des compétences du ministère ; des fiches d'emploi.

3- Le système de gestion

Il faudra installer des terminaux à chaque niveau qui seront reliés au niveau central et former les gestionnaires des ressources humaines sur une matrice modélisée de saisie des données RH.

4- Les produits synthétiques et prospectifs

Si le système fonctionne, il sera possible pour la DRH central de produire des états de synthèse périodique, comme les états d'effectifs, les départs à la retraite, les positions administratives, la moyenne des appréciations, la moyenne des salaires, tout ceci lui permettra de faire des analyses et des comparaisons pour nourrir des suggestions à l'autorité.

Mais surtout la qualité des informations permettra de faire des projections réalistes en lien avec le PDS et d'anticiper les actions qui permettent d'atteindre les objectifs de résultats.

Le DRH pourra sortir des tableaux de bord prospectifs sur l'évolution et la prévision des effectifs, des emplois et des compétences du ministère et faire le lien avec le coût de cet effectif et le coût moyen de la prestation de soins sur l'étendue du pays.

Ces produits serviront à apprécier l'utilité de la fonction et surtout la qualité de l'expertise des cadres de la direction des ressources humaines.

Contraintes, leviers et risques à lever

La principale contrainte à maîtriser les effectifs du ministère relève de son incapacité actuelle à appliquer rigoureusement les textes en vigueur. Il est impératif que le ministère améliore sa gouvernance par la restauration de son autorité qui passe par la rigueur dans l'application des textes.

Le système d'information de la GRH une fois maîtrisé dans le cadre des textes permettra de disposer de données fiables d'aide à la décision sur la GRH à défaut, les décisions courent le risque d'être partisans et donc sources de démotivation et de démobilitation du personnel comme c'est le cas en ce moment.

3.1.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Ce passage n'est pas une révolution, mais une réelle mutation qui ne pourra se faire sans un réel engagement du Ministre de la Santé en personne, si tant est que le souci de rétablir l'équité dans les affectations et la formation du personnel est perçu comme un réel enjeu de développement du secteur de la santé au Niger.

Tout en maîtrisant l'administration du personnel qui reste un vrai défi aujourd'hui, la DRH doit venir un vrai centre de réflexion et de planification stratégiques, afin de pouvoir anticiper sur les futurs métiers et expertises et la manière dont ces talents seront motivés pour être fidélisés et produire la valeur –ajoutée.

Axe 7 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
7	Passer d'une culture de gestion administrative et « politisée » du personnel à une culture de gestion prévisionnelle et stratégique axée sur les résultats à travers des outils modernes d'aide à la décision	Institutionnel				Introduire le niveau déconcentré et le niveau décentralisé dans la structuration de la base de données
		Stratégique				Elaborer le cadre de résultat RH lié au PDS 2016-2020
		Organisationnel-Opérationnel	Affecter et former les gestionnaires des ressources humaines par région Et former l'équipe GPEEC au niveau central (informaticien, gestionnaire de base de données ; chef division GPEEC ; et l'ensemble des chefs division) à la GPEEC et aux techniques d'élaboration des tableaux de bord	Recruter une expertise externe pour appuyer la DRH dans l'élaboration des outils des outils RH	Normes et standards Les référentiels des emplois et des compétences Le répertoire des emplois Le cadre organique et l'organigramme renseigné Plan de redéploiement Plan de formation Plan de recrutement Tableau de bord et données de synthèse périodiques pour une gestion stratégique des ressources humaines	

3.2. Axe 8. Rendre opérationnel le système d'évaluation et de l'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007.

3.2.1. Système d'évaluation et d'avancement

La loi 2007- 26 du 23 juillet 2007 portant statut général de la fonction publique de l'Etat et son décret d'application ne sont pas appliqués dans son volet évaluation et avancement du personnel fonctionnaire.

Le chapitre III de cette loi crée une nouvelle culture de travail axée sur les résultats et valorise la relation hiérarchique en accordant au supérieur hiérarchique direct, le pouvoir de fixer des objectifs, d'en apprécier les résultats à travers un entretien d'évaluation annuel et de sanctionner au premier degré.

La mise en place des dispositions de cette loi devra contribuer à améliorer conséquemment la gestion des ressources humaines, puisque l'outil de l'évaluation qu'est la fiche d'évaluation sera exécuté au cours d'un entretien entre le supérieur direct et le fonctionnaire concerné.

Cette loi permet une gestion rationnelle des emplois, des effectifs et des compétences, parce qu'aucun recrutement n'est autorisé sans l'ouverture préalable d'un poste budgétisé. Elle permet également de restaurer l'autorité de l'Etat et le respect de l'éthique professionnelle et du bien public parce que l'autorité du supérieur hiérarchique immédiat est reconnue par la loi.

L'esprit de cette loi est de placer le résultat et la performance au cœur de la production du fonctionnaire pour asseoir une vraie administration de développement hors de la portée des pressions partisans.

Le ministère en charge de la fonction publique travaille actuellement à concevoir et à valider la fiche d'évaluation qui devrait être disponible pour mise en œuvre à la fin de l'année 2015. Il reviendra au ministère de la santé d'intégrer ce dispositif d'évaluation à sa tradition de cadre de résultat du PDS de manière à établir une cohérence entre les performances du personnel et les résultats du PDS.

Pour ce faire, beaucoup d'action de formation des évaluateurs et de sensibilisation seront nécessaires pour obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel à cette nouvelle culture de travail qui porte en elle beaucoup de risque d'échec, du fait des habitudes prises par l'ensemble de la population dans la gestion du bien public.

Le tout premier risque est la prédominance de la politique sur la technique et l'exclusion du politique des exigences de la compétence et de la performance.

Si le ministre n'est pas apprécié par rapport au cadre de résultats du PDS chaque année avec le risque de perdre son poste de ministre pour insuffisance de résultats, il ne pourra jamais laisser le secrétaire général jouer son rôle de responsable hiérarchique de l'administration.

Aussi, alors que l'article 9 du décret n°99-466/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999, fixant les modalités d'application de l'ordonnance n°99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions, précise que le secrétaire général exerce le pouvoir hiérarchique direct sur les structures du ministère, ce dernier ne dispose d'aucun pouvoir de nomination des directeurs techniques.

Ce pouvoir hiérarchique devrait conférer au secrétaire général le pouvoir de nomination des directeurs centraux et des directeurs techniques dépendant directement de lui et devant être évalués par lui.

Un tel pouvoir permettra d'accomplir l'esprit de la loi portant statut général de la fonction publique et de créer les meilleures conditions pour asseoir la gestion axée sur les résultats. Nul ne doit être exclu du système de gestion axé sur les résultats, surtout pas ceux qui occupent les emplois supérieurs à caractère politique, puisqu'ils représentent un chef de l'Etat, lui-même élu sur la base d'un programme politique qui exige des résultats qui ne doivent pas être en contradiction avec les missions de service public

Ne pas renforcer le pouvoir du secrétaire général et ne pas soumettre les emplois à caractère politique aux mêmes exigences de compétences et de performances que les emplois à caractère technique, c'est prendre le risque d'un échec sans appel du nouveau système d'évaluation tel que décrit par la loi.

Mais réussir à le faire, c'est mettre le personnel de l'administration publique au travail et assurer l'édification d'une réelle fonction publique de développement, ce qui est une exigence politique pour l'émergence des économies des pays pauvres comme le Niger.

Contraintes, leviers et risques à lever

La loi accorde au supérieur hiérarchique un réel pouvoir d'organisation du travail à travers la maîtrise de son personnel pour produire les résultats attendus de sa mission. Ne pas réussir à mettre en œuvre cette loi est une réelle contrainte pour la mise en œuvre de la GAR.

L'évaluation du personnel telle que prévue par la loi portant statut général de la fonction publique est le levier stratégique pour la réussite de la GAR.

Mais la qualité du leadership actuel du ministère ne pourra pas permettre d'atteindre cet objectif, parce qu'il faut pouvoir respecter réellement la procédure décrite par le décret d'application de la loi qui fait silence sur les ingérences de tous ordres qui sont de véritables risques dans la mise en œuvre d'un tel dispositif.

3.2.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

La sensibilisation, la formation de l'ensemble des acteurs et de la société civile constituent un gage de réussite de cette opération qui conditionne la mise au travail de l'ensemble du personnel du ministère.

Le laxisme observé aujourd'hui est la conséquence de la fragilité de l'autorité du supérieur hiérarchique direct qui ne peut donner des objectifs à son collaborateur et l'évaluer décider des sanctions positives et négatives en lien avec la productivité réelle de son personnel.

Axe 8 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)

N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
8	Rendre opérationnel le système d'évaluation et de l'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007	Institutionnel			Le ministère de la fonction publique conçoit et valide la fiche d'évaluation et met à la disposition du ministère	
		Stratégique			Elaborer le cadre de résultat RH lié au PDS 2016-2020	
		Organisationnel-Opérationnel	Former les évaluateurs Sensibiliser le personnel et obtenir son adhésion au nouveau modèle d'évaluation	Recruter une expertise externe pour appuyer la DRH sur 1 an dans les premières évaluations et l'analyse de leur pertinence et cohérence	Modèle d'objectifs individuels Procédure de mise en oeuvre de l'évaluation	

3.3. Axe 9. La gestion de la qualité de la formation initiale et continue.

3.3.1. Formation initiale et continue (permanente).

Le ministère a élaboré un plan de formation 2011-2015 assis sur le PDRH 2011-2020.

Mais ce plan n'est pas réellement suivi, bien que les formations initiales et continues soient essentiellement financées par le budget national et les partenaires techniques et financiers comme la coopération italienne, la coopération belge, le fonds commun ; l'OMS etc.

Le plan n'a pas servi de référence pour les actions de formation, chaque partenaire finançant selon ses propres priorités. Mais les besoins étant immenses, tout est urgent évidemment. Ceci n'annule pas l'utilité d'un plan de formation si ce dernier permet réellement de fixer les priorités suivant un document programmatique comme le PDS.

Il est donc urgent que le plan de formation 2016-2020 soit vraiment la traduction des indicateurs de compétences issus du PDS 2016 – 2020 pour servir de référence à l'atteinte des objectifs de compétence de la DRH.

Pour asseoir un processus crédible de gestion des compétences par la formation, la réussite des deux premiers axes de modernisation est absolument nécessaire ; parce que la formation est un outil de développement du personnel et d'amélioration de la productivité de l'organisation. Comment développer les compétences d'un personnel qui n'a aucune obligation de résultat ? Comment planifier les besoins d'un personnel non maîtrisé en termes de présence et encore moins en termes de production ?

La formation coûte chère et constitue aujourd'hui un véritable investissement dans la matière grise pour faire de la ressource humaine un véritable capital stratégique de création de la Valeur Ajoutée qui crée la différence.

Le plan de formation doit découler de l'analyse des résultats de l'évaluation des performances pour servir de levier à la gestion des écarts entre les compétences attendues par l'organisation et les compétences réelles déjà mobilisées.

L'identification des besoins de formation doit suivre un processus plus rigoureux qu'aujourd'hui qui ne doit pas être dictée uniquement par les bourses en présence, mais surtout par :

- les écarts de compétence issus de l'appréciation des performances
- les orientations stratégiques du PDS
- les nouveaux métiers ou nouvelles technologies bio médicales acquises
- des défis de santé qui se présentent au pays

Ce processus d'identification des besoins de formation doit être formalisé et servira de base au partenariat avec le secteur privé de la formation en cours de réorganisation.

En effet, le ministère à travers la DRH déploie beaucoup d'efforts pour assurer la qualité de la formation initiale et continue aussi bien au niveau des écoles publiques de formation que des écoles privées.

Ces efforts s'articulent autour de trois problématiques :

1- Le contenu de la formation et la qualité des stages

Le niveau des titulaires du bac pour entrer dans les formations initiales dans les écoles de santé est considéré comme très moyen en général dans l'ensemble du pays.

Pour corriger les disparités dans la qualité des formations et renforcer les bases des étudiants, le ministère et les écoles publiques comme privées ont négocié un partenariat qui vise à améliorer le contenu des cours et la pédagogie

Ainsi, un examen unique de certification a été initié depuis trois ans et semble bien tenir la promesse des fleurs. Toutes les écoles y ont adhéré et les examens se déroulent chaque année

L'approche par compétences et le système LMD sont promus et chaque école adhère à cette charte de qualité, malgré les difficultés réelles à mettre en place l'approche par la compétence très exigeantes en coût de matériel pédagogique et le système LMD dont le cycle pédagogique est loin d'être maîtrisé par les acteurs.

Les stages souffrent d'un manque d'encadrement à cause de la mauvaise planification des effectifs des stagiaires sur le même plateau technique et de la qualité des encadreurs pas toujours motivés à faire un travail professionnel.

2- Le processus d'accréditation

Pour renforcer ce processus d'amélioration de la qualité, la DRH travaille à un processus d'accréditation des écoles privées de formation. Il s'agira pour ces écoles de se faire accréditer pour être reconnue par le pouvoir public et comme écoles répondant aux normes de qualité auxquelles elle doit souscrire.

Ces normes de qualité serviront d'outil d'inspection pour le contrôle.

3- L'inspection

L'inspection est actuellement très défailante pour de multiple raisons dont la plus crédible est l'absence de normes de contrôle des écoles.

Les écoles de formation dépendent de trois ministères, celui en charge de l'enseignement supérieur, celui en charge de la formation professionnelle et celui en charge de la santé. Qui inspecte quoi ? Ces trois ministères doivent s'accorder sur quoi inspecté et par qui ? Pour éviter de se contredire et faire de l'inspection plus un outil pédagogique qu'un outil de répression.

De la qualité des inspections dépendra l'amélioration de la qualité des stages, de la qualité des contenus et de la qualité pédagogique des formations aussi bien dans les écoles privées que publiques.

Contraintes, leviers et risques à lever

Les efforts actuels du ministère pour mettre en place un système de formation de qualité sont à soutenir : programme unique, examen unique de certification et bientôt un processus d'accréditation des écoles de formations. Mais tous ces efforts seront vains si l'IGS ne devient pas assez forte au plan institutionnel et opérationnel pour faire respecter les textes et pouvoir s'assurer en aval que les dispositifs pédagogiques sont respectés.

3.3.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

La formation initiale et continue constitue un outil de développement des ressources humaines dans un environnement très fluctuant où l'employabilité exige un gros investissement dans le capital humain.

Maîtriser la formation, devenue un véritable investissement, c'est maîtriser le présent et l'avenir à condition de s'assurer du retour sur investissement par une réelle adéquation profil/poste dans la gestion des recrutements et de la mobilité du personnel.

Axe 9 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
9	Formation initiale et continue	Institutionnel				
		Stratégique			Elaborer le cadre de résultat RH lié au PDS 2016-2020	
		Organisationnel-Opérationnel	Formation du personnel de la division développement des RH en ingénierie de la formation Formation diplômante d'un cadre de la division au CESAG de DAKAR en cycle d'ingénierie de la formation	Recruter une expertise externe pour appuyer la DRH sur 1 an dans l'élaboration du plan de formation 2016 -2020	Procédures d'élaboration du plan de formation Modèle d'objectifs individuels Procédure de mise en œuvre de l'évaluation	

3.4. Synthèse des axes prioritaires de modernisation liés aux ressources humaines

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.			
Objectifs Spécifiques	Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i> 			
FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP				
RESSOURCES HUMAINES				
IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°7 : passer d'une culture de gestion administrative traditionnelle et « politisée » du personnel à une culture de gestion prévisionnelle et stratégique axée sur les résultats à travers des outils modernes d'aide à la décision				
<ol style="list-style-type: none"> 1. le système d'information des ressources humaines est opérationnel et fiable 2. les outils normatifs (normes et standards, cadre organiques, référentiels des emplois et compétences, répertoires des emplois, fiche d'emplois sont élaborés, disponibles et validés 3. les tableaux de bord synthétiques et prospectifs axés sur le PDS 2016-2020 sont régulièrement édités par trimestriels 	DRH	Jui2015	Juin 2016	Les décisions de gestions des ressources humaines sont en cohérences avec les autres fonctions de l'organisation, notamment le PDS et plus rationnelles en termes d'affectations, de recrutement, de fidélisation, de formation et de motivation, condition sine qua non d'amélioration des prestations de soins
Axe/résultat attendu N°8 : rendre opérationnel le système d'évaluation et d'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007				
<ol style="list-style-type: none"> 1 la fiche d'évaluation est conçue, validée et vulgarisée 2 tous les évaluateurs sont formés aux techniques d'entretien (techniques de communication) 3 sensibilisation et mobilisation de l'ensemble du personnel pour adhésion au nouveau système d'évaluation 4 les procédures de mise en œuvre sont élaborées, validées et vulgarisées 	DRH	Janvier 2016	Décembre 2016	Accorder au secrétaire général du ministère conformément à son pouvoir hiérarchique direct sur les structures du ministère, le pouvoir de proposer aux nominations tous les titulaires aux emplois supérieurs à caractère technique Soumettre les titulaires des emplois supérieurs à caractère politique au même système d'évaluation des résultats La mise en œuvre crédible de cet outil permettra de construire une réelle administration de développement axée sur les résultats

Axe/résultat attendu N°9 : la gestion de la qualité de la formation initiale et continue

1- Le plan de formation 2016-2020 est en cohérence avec le PDS 2016-2020	DRH	Janvier 2016	Décembre 2016	Le plan de formation devient un véritable outil de développement des compétences et un investissement rentable dans le capital humain
2- Une méthodologie d'identification des besoins de formation intégrant l'évaluation du personnel est élaborée, validée et vulgarisée				
3- Le processus d'accréditation des écoles privées est opérationnel				

4. Pilier IV : INFRASTRUCTURE, MEDICAMENTS, EQUIPEMENTS

4.1. Axe 10. Faire respecter les cadres normatifs des Normes et Standards, et la carte sanitaire

4.1.1. Finaliser et rendre exécutoire la carte sanitaire

La planification des infrastructures et des équipements et leur localisation du point de vue de leur implantation dans un contexte de décentralisation, d'exercice de la démocratie locale et des promesses électorales constituent un réel défi. Pour éviter qu'une anarchie ne s'installe et que des conflits fréquents émergent, l'adoption d'une carte sanitaire s'avère indispensable et prioritaire. La carte sanitaire est un document de planification et de prospective en matière des équipements et des infrastructures. Elle détermine dans le temps l'évolution et la répartition spatiale des équipements (plateaux techniques) et des infrastructures selon les normes établies.

La carte sanitaire pour des raisons historiques a été confiée à la Direction des statistiques qui constitue l'une des Directions centrales d'appui du Ministère de la santé. La finalisation de la carte dépendra du travail déjà entamé sur les normes et standards élaborés par le MSP (DOS).

Une fois la carte validée, elle s'imposera aux secteurs privés, aux collectivités territoriales et à l'Etat, c'est pourquoi, il est indispensable que ces acteurs soient étroitement associés à son développement pour en faire dès le départ de véritables parties prenantes.

Il existe un comité mis en place pour l'élaboration de la carte, sa fonctionnalité est questionnable ne nous ait pas apparu comme évidente au moment de l'audit. Il est aujourd'hui nécessaire de revoir l'orientation donnée à ce travail et réorienter au besoin le travail initial pour le faire coïncider avec la dynamique de formulation du nouveau PDS en lui donnant une empreinte plus prospective. A cet effet, il est nécessaire que le MSP s'associe les conseils d'un **planificateur ayant une réelle compétence pour l'élaboration des cartes sanitaires** telles que l'on l'a décrite précédemment.

Il est indéniable qu'un travail important et utile a été fait en termes de géo référencement par la Direction des statistiques avec le soutien de la CTB. Il faudrait garder cette carte géographique qui présente l'intérêt d'une photographie instantanée de la situation des infrastructures sanitaires. Pas plus ni moins.

Contraintes, leviers et risques à lever

C'est l'aspect du géo référencement qui est reconnu à la carte sanitaire par la plupart des techniciens que nous avons rencontrés. En dehors de cela il n'y a pas une tradition de considérer une carte sanitaire comme un document de planification et de prospective. Ceci constitue une difficulté à lever au plan technique et conceptuel. La carte sanitaire doit être validée par une autorité située à un niveau approprié pour éviter sa contestation et afin qu'elle s'impose comme élément normatif à tous. Cela également n'a jamais été le cas. Cette question est à régler en priorité.

4.1.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Pierre angulaire du MSP, le document des Normes et Standards conjugué à l'outil de planification qu'est la carte sanitaire, va largement impacter le MSP dans la prestation des soins, à condition qu'il soit concrètement appliqué, mis en œuvre et respecté.

Axe 10 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP <i>(sur le plan quantitatif et qualitatif)</i>						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
10	Faire respecter les cadres normatifs des Normes et Standards, et la carte sanitaire	Institutionnel			Outil de suivi et de contrôle (application des textes)	
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel			Outil de suivi et de contrôle (mise en œuvre sur le terrain)	

4.2. Axe 11. Optimiser la gestion des équipements et des infrastructures.

L'utilisation croissante des technologies biocliniques et chirurgicales dans les prestations cliniques et para-cliniques, et celles liées à l'informatique et à la communication en font des éléments importants à considérer pour la modernisation du MSP. Les actions envisagées sont déclinées comme suit :

- (i) La mise en place **d'un système de gestion** permettant de disposer à tout moment d'information de première main : une bonne connaissance des équipements et des infrastructures existantes (localisation, caractéristiques techniques, durée de vie); une stratégie de remplacement (maîtrise des normes et standard ; connaissance du marché et de ses tendances); une stratégie efficace d'acquisition des biens et équipements (procédures d'appel d'offre et gestion rigoureuse des dons.) et,
- (ii) **un système de maintenance** performant et crédible. Par rapport à ce dernier point, signalons que le Ministère a élaboré une stratégie de maintenance des équipements qui doit faire l'objet d'une large divulgation auprès des acteurs nationaux et des partenaires.

Contraintes, leviers et risques à lever

Mais la mise en place d'une politique ou de directives de maintenance n'aura pas d'effets escomptés si elle n'est pas accompagnée des changements importants d'attitudes et de comportements des professionnels de la santé et des gestionnaires par rapport aux exigences qui s'imposent en la matière. Aussi, en plus de la constitution d'une base de données et sa mise à jour régulière il faudrait entreprendre un vaste programme de sensibilisation du personnel de santé et de leur formation au besoin.

4.2.1. Renforcer la DIES et procéder à la restructuration des services régionaux.

Pour une gestion efficace des équipements et des infrastructures, la DIES a besoin d'être restructurée et renforcée. L'insuffisance actuelle de ses effectifs en nombre et en qualité constitue un handicap important pour lui permettre de jouer un rôle de premier plan. Si son positionnement au sein de la DGR ne peut pas être remise en cause, par contre son organisation actuelle mérite d'être revue pour mieux l'adapter à de nouvelles missions afin de lui permettre d'affronter un large spectre défis que rencontre la gestion des infrastructures et des équipements sanitaires du pays. En priorité, **une étude doit-être conduite pour mieux appréhender les besoins de restructuration** dont la DIES a besoin. Cette étude devra déboucher sur un programme de renforcement de la DIES et des services régionaux.

4.2.2. Constituer une masse critique de professionnels qualifiés par la création de filières de formation dans le pays et la mise en place d'une politique efficace de recrutement.

Il n'existe pas d'institutions nationales prenant en charge la formation de techniciens supérieurs ou d'ingénieurs biomédicaux. Le peu de techniciens formés par le pays face à une

demande énorme a migré vers le secteur privé offrant des conditions salariales plus attractives. Ce secteur privé est incapable de répondre au volume et à la sophistication croissants de la demande actuelle. L'option de formation de professionnels qualifiés en maintenance biomédicale et en logistiques de santé devient une priorité.

Une étude de faisabilité d'une option de formation locale est recommandée à l'effet de fournir des réponses rapides au déficit de professionnels existant. Si on considère que la mise en place d'une structure de formation prendra au moins cinq années pour démarrer ; celle-ci doit être un élément à inscrire dans le nouveau PDS.

Contraintes, leviers et risques à lever

4.2.3. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Les besoins de renforcement des capacités en vue de l'amélioration de la gestion des infrastructures et des équipements sont résumés dans le tableau ci-après. Ils portent essentiellement sur la restructuration de la DIES et sur la réponse à apporter au déficit important en personnels compétents dans le domaine de la technologie biomédicale. Pour ce dernier l'option de la création d'une institution/filière de formation de technologie est proposée. La décision finale dépendra des résultats d'une étude de faisabilité qui seront présentés aux autorités nationales.

Axe 11 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
11	Optimiser la gestion des équipements et des infrastructures	Institutionnel Restructuration de la DIES Faire de la maintenance biomédicale une priorité de la gestion des infrastructures et des équipements du MSP	Etude de faisabilité d'une Institution/filière de spécialisation en technologie de maintenance d'équipements biomédicaux	Recruter un consultant expert international ayant une expérience de création, gestion de filières de formation ou spécialisation en technologie biomédicale. Un second consultant international pour appuyer la restructuration de la DIES (2 mois)	Restructuration de la DIES Faire de la maintenance biomédicale une priorité de la gestion des infrastructures et des équipements du MSP	Etude de faisabilité d'une Institution/filière de spécialisation en technologie de maintenance d'équipements biomédicaux
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel				

4.3. Axe 12. Adopter une nouvelle politique pharmaceutique adaptée au contexte et aux enjeux présents et futurs.

Une nouvelle politique pharmaceutique devra très vite être adoptée par les autorités nationales du Niger, celle en vigueur date d'une vingtaine d'années. Mais dans le contexte actuel plusieurs gaps structurels dans le secteur pharmaceutique ont été notés et qui justifient des mesures urgentes.

4.3.1. Réorganiser la direction en charge de la pharmacie et du médicament DPH/MT.

Face au dynamisme du secteur pharmaceutique et au besoin d'exercer une véritable tutelle des Organismes personnalisés du secteur pharmaceutique public, la Direction de la Pharmacie et de la Médecine traditionnelle a besoin d'être réorganisée et renforcée. Cette réorganisation devra également permettre de créer **un environnement plus favorable à la valorisation de la Médecine traditionnelle** et permettre à celle-ci de couvrir un champ large d'action (cadres législatifs et règlementaires, recherche, formation, production, intégration au système national). Une option de séparation de la MT devra être envisagée par la création d'un Institut de la Médecine traditionnelle (dont le statut juridique, la forme, et l'étendue des attributions seront déterminés).

L'une des missions importantes de la DPH/MT serait dans l'immédiat d'organiser pour le compte de l'Etat le suivi de la convention qui le lie à l'ONPPC. La Direction de la pharmacie doit pouvoir proposer un contrat-plan assorti d'indicateurs, en faire le suivi et jouer un rôle plus actif par sa présence au sein du Conseil d'Administration en tant que représentant de la Tutelle. De même **les études à envisager pour le devenir de la SONIPHARM et le LANSPEX** dans le nouveau contexte doivent être coordonnées par la DPH/MT.

En plus de ses fonctions classiques de délivrance des autorisations de mise en consommation et d'autorisation d'exercice professionnel, la DPH/MT devra être renforcée pour exercer une fonction d'observatoire du médicament avec la réalisation d'enquêtes sur la consommation en médicaments, le coût moyen des ordonnances, sur les prix des médicaments sur les différents marchés ou sur les mouvements des stocks géographiques de médicaments traceurs, etc.

4.3.2. Exercer un meilleur contrôle des médicaments pour les maladies sociales.

Aujourd'hui par le biais d'Initiatives mondiales telles que le Fonds Mondial pour le Sida, la Tuberculose, le Paludisme, l'Alliance Mondiale pour la vaccination (GAVI), Stop TB, UN Life Saving Commodities, etc. le Niger arrive à faire face aux besoins énormes de médicaments et de vaccins pour les catégories de malades victimes de ces maladies chroniques ou ces maladies sociales. Aujourd'hui, l'importation d'une part importante de ces médicaments se fait à travers des circuits parallèles aux structures mises en place telles que l'ONPPC qui a montré les limites de sa capacité. Sa structuration actuelle en cours doit être envisagée dans le sens de pouvoir relayer ces circuits ; y parvenir serait une démonstration éloquentes du succès du programme de réforme entreprise de l'ONPPC.

4.3.3. Le renforcement de la capacité de la composante Inspection pharmaceutique.

Comme élément central des changements à introduire dans le fonctionnement de l'Inspection Générale de la santé (IGS) a comme corolaire la définition de modalités claires de collaboration entre la DPH/MT et l'IGS celle-ci étant faible à l'heure actuelle.

Il est important de songer aujourd'hui à limiter dans le temps la durée des autorisations d'exercice des professions libérales pharmaceutiques pour permettre à l'Etat d'exercer un contrôle réel par la DPH/MT sur la qualité des services offerts au public.

4.3.4. La création d'une Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique (Agence du Médicament)

D'après l'OMS, une réglementation pharmaceutique efficace favorise et protège la santé publique. La réglementation vise à garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux¹ grâce à l'application de la législation, des normes et standards. Les autorités nationales de réglementation pharmaceutique (ANRP) dotées de capacités suffisantes, en particulier d'un mandat juridique clair, de systèmes de gestion de la qualité, de ressources humaines et financières, d'infrastructures et de systèmes de mise en application, peuvent jouer efficacement ce rôle de réglementation des produits médicaux. Il faut noter cependant que, les systèmes de réglementation de nombreux pays sont faibles, ce qui retarde l'accès aux produits médicaux de qualité et entraîne la prolifération de produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

En vue de prévenir la circulation et l'utilisation des produits médicaux de qualité, inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits, la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Malabo en 2010 a insisté sur la nécessité de renforcer les capacités des Agences Nationales de Réglementation Pharmaceutique (ANRP), et a recommandé à cette fin la création d'une Agence africaine des médicaments (AMA). (Cf. AUC/WHO/2014/Doc2).

Diverses conclusions d'études réalisées entre autres par l'OMS (2004 et 2010), le NEPAD (2010 et 2011), la Food and Drug Administration des États-Unis (2010) et Management Sciences for Health (2010) montrent que la majorité des pays africains ne sont pas encore en mesure de remplir les normes internationalement acceptées de réglementation des produits médicaux. Il ressort des principales conclusions qu'à l'heure actuelle, seulement 4 % des États Membres ont pu acquérir une modeste capacité nationale de réglementation par rapport aux pays développés, tandis que 33 % des pays de l'Union africaine disposent d'une capacité de réglementation leur permettant d'exécuter la plupart des fonctions à divers degrés et 24 % sont dotés d'une capacité de réglementation élémentaire (c'est-à-dire qu'ils exécutent les fonctions minimales). Le Niger fait partie de ce dernier groupe. Dans le contexte actuel du Niger en raison d'une part de la diversité des importateurs de médicaments, de la faible capacité de la DPH/MT pour jouer un tel rôle et en raison des recommandations de l'UA de l'OMS et de la CEDEAO pour la mise en place de telles institutions. Il s'avère urgent d'entreprendre la mise en place d'une véritable Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique capable de répondre aux enjeux indiqués précédemment.

4.3.5. Garantir une disponibilité des médicaments et des vaccins dans le cadre des urgences (épidémies, crises humanitaires, catastrophes).

La récurrence des épidémies et des crises humanitaires a révélé les limites de la gestion des médicaments et vaccins destinés à couvrir les besoins d'urgence du pays, ce malgré que le Niger a le mérite de faire des provisions budgétaires pour acquérir ces produits. L'utilisation de ces fonds doit être plus rationalisée (en termes de pré-positionnement des médicaments et vaccins et de suivi réel des mouvements des stocks). Les allocations budgétaires de l'Etat constituent un appoint par rapport à la soudaineté de certaines épidémies et la lenteur de la mobilisation de la communauté internationale. Les stocks constitués sur la base d'une analyse épidémiologique et l'utilisation de modèles prédictifs valides et gérés rationnellement les médicaments pré positionnés peuvent permettre d'amorcer une riposte efficace au début d'éventuelles épidémies. Afin de rendre plus efficace l'utilisation de ces fonds, *un travail structuré autour de l'amélioration de la gestion des médicaments et vaccins* pour les épidémies impliquant la DSER, la D.I la DPH/MT et au besoin l'ONPPC s'avère nécessaire à réaliser dans un bref délai.

4.3.6. Coordonner la lutte contre les médicaments contrefaits.

La prolifération des médicaments contrefaits, faussement étiquetés est liée à plusieurs facteurs dont : le prix élevé des médicaments dans les officines, la perméabilité des frontières facilitant la rentrée frauduleuse de produits contrefaits, le manque de contrôle des marchés, la faiblesse de la sensibilisation du public. Elle est un épiphénomène des dysfonctionnements du secteur pharmaceutique. On ne doit plus s'abriter derrière l'inefficacité de la collaboration intersectorielle ou le découragement résultant de la non application des sanctions pour abandonner les actions amorcées surtout que l'autorité politique a manifesté son soutien à cette lutte. On doit constamment se souvenir que la lutte contre les « faux médicaments » est hautement une action de santé publique et sa mise en œuvre interpelle le MSP. La constitution d'un groupe d'action (5 membres au maximum) relevant de la Primature, composé de responsables engagés, rigoureux et fermes, doté et de l'autorité nécessaire et qui ont une volonté réelle d'éradiquer ce mal suivant une feuille de route précise pourra avoir un impact sur ce problème. L'implication aux côtés de ce groupe d'action de la société civile (association des consommateurs) peut avoir un effet de levier important notamment en ce qui concerne la sensibilisation des populations. Mais l'action qui aura un impact à long terme est la formulation et la mise en œuvre effective d'une nouvelle politique pharmaceutique qui déclinera toutes les mesures visant à améliorer l'accès aux médicaments de qualité au moindre coût pour tous les nigériens associée à la mise en place d'une couverture santé universelle.

Contraintes, leviers et risques à lever

La confiance entamée entre le secteur public et le secteur privé doit être ciblée. Une bonne organisation des services techniques du Ministère, la qualité de l'appui qu'ils pourront apporter au secteur pharmaceutique et leur sollicitude sont des éléments qui pourront aider à rétablir la confiance. C'est en étant complémentaires que ces deux secteurs pourront

significativement contribuer à un accès financier des malades nigériens à des médicaments de qualité.

4.3.7. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Le renforcement du secteur pharmaceutique reste le seul moyen pour garantir aux populations des médicaments de qualité et à moindre coût, ce qui implique l'adoption d'une nouvelle politique pharmaceutique qui prendra en compte le processus de réformes du système sanitaire (accès équitable aux médicaments génériques essentiels, prix des médicaments, traçabilité des médicaments ...).

Axe 12 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
12	Adopter une nouvelle politique pharmaceutique adaptée au contexte et aux enjeux présents et futurs	Institutionnel				
		<ul style="list-style-type: none"> Restructuration de la DPH/MT Création d'un Institut de Médecine traditionnelle Création d'une Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique Restructuration de LANSTEX et de SONIPHARM 		Un expert international pour les études portant sur la faisabilité d'un Institut de médecine traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Restructuration de la DPH/MT Création d'un Institut de Médecine traditionnelle Création d'une Agence Nationale du médicament Restructuration de LANSTEX et de SONIPHARM 	
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel				
		<ul style="list-style-type: none"> Plan opérationnel d'approvisionnement des médicaments 			<ul style="list-style-type: none"> Concevoir un plan opérationnel d'approvisionnement des médicaments 	

4.4. Synthèse des axes prioritaires de modernisation liés aux infrastructures équipements et médicaments.

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.
Objectifs Spécifiques	<p>Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i>

FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP

INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS, MEDICAMENTS

IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°10 : Faire respecter les cadres normatifs des Normes et Standards, et la carte sanitaire				
Finaliser et rendre exécutoire la CARTE SANITAIRE et faire respecter l'ensemble des normes et standards (plateaux techniques ; architectures des Hôpitaux, CSI; équipements lourds ; informatiques ; matériels de communications = spécifications techniques et implantations) Carte sanitaire promulguée	SG/DGR	immédiatement	Au plus tard pendant les travaux préparatoires du PDS	Recruter les personnes ressources au besoin pour les matières pour lesquelles il y a un déficit de compétences nationales.
Optimiser de gestion des équipements et des infrastructures (gestion prévisionnelle ; gestion des stocks ; politique de renouvellement.) : connaître à tout moment la situation Une base de données fiables en place	DGR			
Renforcer la DIES et restructurer les services régionaux (recours à la contractualisation au besoin) Cadres Organiques finalisés	SG/DGR			Assistance technique
Axe/résultat attendu N°11 : Optimiser la gestion des équipements et des infrastructures				
Ouverture de filières de spécialisations/qualifications Décision de créer la filière	Ministre Santé & Ministre Enseignements professionnels	Début 2016	Fin 2017	Etudes de faisabilité à réaliser Tutorat avec une Institution de Formation (Diourbel – Sénégal)
Mettre en œuvre le plan stratégique de maintenance des équipements Services bénéficiant d'une maintenance à hauteur de la qualité souhaitée	DGR	immédiatement		Appui des partenaires (Assistance technique)
Axe/résultat attendu N°12 : Adopter une nouvelle politique pharmaceutique adaptée au contexte et aux enjeux présents et futurs				
Réorganiser la direction en charge de la pharmacie et du médicament DPH/MT : Renforcer la	MS/SG	immédiatement		RI DPH/MT

collaboration entre le MSP et les opérateurs privés, et suivi de la restructuration de ONPPC, LANSPEX, SONIPHARM. Renforcer son rôle d'observatoire du médicament (enquêtes sur le coût moyen des ordonnances, prix des médicaments sur le marché, sur les stocks géographique.		nt		RI : ONPPC RI : LANSPEX
DPH/MT Restructurée autour de sa fonction normative et d'exercice de tutelle des EPICs				
Garantir une disponibilité des médicaments et des vaccins dans le cadre des urgences (épidémies, crises humanitaires, catastrophes)	SG/DGSP			RI : DSER/ DI/ DRSP/DISTRICT
Réponse aux besoins de la première épidémie survenant dans le court terme				
Coordonner la lutte contre les médicaments contrefaits	SG/IGS/ DGSP/DPH			Coordination intersectorielle Appui institutionnel OMS, UEMOA
Assainissement du marché				
Créer une nouvelle Agence du médicament	Ministre/SG			Renforcement Institutionnel : des Partenaires (OMS, Union Africaine, UEMOA)
Loi de création de l'Agence				
Application d'une politique plus cohérente et dynamique de la médecine traditionnelle et de la recherche de la pharmacopée en réorganisant de la structure actuelle de la DPH/MT	Ministre Santé/ Ministre Enseignement supérieur et recherche/Ministre des Industries			Renforcement Institutionnel : OMS, CEDEAO, UA Mécanisme intersectoriel mis en place Promotion de la recherche clinique et pharmacologique
DPH/MT réorganisée Politique disponible				

5. Pilier V : L'INFORMATION SANITAIRE ET LA COMMUNICATION.

L'importance et l'utilité du système d'information sanitaire dans un contexte de modernisation du Ministère de la santé est capitale pour plusieurs raisons : le besoin de disposer d'un système de prise de décisions fondées sur des éléments factuels fiables pour initier de nouvelles actions ou pour corriger les actions en cours ; le suivi de certains indicateurs liés aux engagements nationaux et internationaux ; la matérialisation de la gestion axée sur les résultats qui ne peut se faire que si l'on dispose d'une base de données factuelles régulièrement mise à jour. La Direction des Statistiques doit donc accepter de jouer son rôle véritable de Direction d'appui aux autres entités du Ministère. Elle ne peut ni fonctionner en vase clos, ni s'isoler pour mener des actions qui ne sont utiles que pour les besoins limités de quelques acteurs. Une telle Direction de la Statistique Sanitaire qui se voit investie d'un rôle éminemment important devra par conséquent changer de vision en devenant plus un prestataire de services pour les autres et de garant de la qualité des décisions car celles-ci seront fondées sur les données qu'elle produit.

Le Niger a entrepris depuis plusieurs années un travail d'évaluation du SNIS : en 2001 rapport d'évaluation utilisant l'outil du Réseau de métrologie en santé (Health Metrics Network - HMN) ; l'évaluation du système d'information de routine (SISR). En outre, plusieurs documents ont été élaborés au nombre desquels : le Plan stratégique 2013-2022, le référentiel des indicateurs (525 indicateurs) dont la validation est prévue en 2015, l'élaboration des normes et standards du SNIS dans le cadre du Programme d'Appui au Développement des Systèmes Statistique National pour la Promotion de la Gouvernance et le suivi-évaluation de la Pauvreté (PASTAGEP). Ces éléments seront d'une grande utilité pour le travail de modernisation en cours.

5.1. Axe 13. Rendre le système d'information sanitaire plus intégré fiable, sécurisé et capable de générer une information en temps réel utile pour la prise de décision.

Formuler une stratégie nationale d'information intégrant les besoins de tous les services centraux (pour la prise de décision, l'action, la formulation des objectifs, le suivi de l'impact des interventions, une meilleure connaissance des moyens humains, financiers et du patrimoine) et également les besoins des services régionaux et locaux de prestations de soins et d'administration de la santé (HR, HD, CSI, CS, ECD) est urgente et prioritaire. Une plateforme s'appuyant sur le district est en cours de mise en place avec le concours de l'Université d'Oslo. Une dizaine de cadres ont été formés dans ce cadre. Il est prévu qu'en 2016 les supports soient changés pour répondre aux besoins de cette nouvelle plateforme.

Dans son développement, cette stratégie doit couvrir les données produites par un secteur privé en pleine croissance. Ceci s'obtiendra seulement si leurs besoins sont pris en charge et que la retro-information leur fournit des informations utiles.

Une telle stratégie globale, plus inclusive prenant en compte les besoins des secteurs publics et privés, permettra de faire face aux défis suivants : celui de l'exhaustivité, la fiabilité et la sécurisation des données qui ne peuvent s'obtenir que par la qualification et l'engagement réel du personnel impliqué. Aussi la motivation des agents en charge de produire les

données, de les acheminer, de les saisir dans la base de données doit être garantie par un système de récompense, de reconnaissance du mérite et de valorisation du travail doivent être reconnues, ce qui est rarement le cas. De même, doivent être clairement explicitées, les modalités pour la standardisation des équipements (informatique, téléphonie) et leur maintenance régulière ; la préservation de la qualité et la stabilité de la connectivité.

5.1.1. Instaurer une retro information.

Instaurer en temps réel une retro information efficace alimentant les tableaux de bord au niveau du Cabinet des Directions Générales et Directions Nationales et capable d'offrir : (i) des analyses pertinentes à l'usage des différents services déconcentrés du système de santé ; (ii) une possibilité fiable d'accès à l'information sanitaire de multiples usagers, constitue l'une des actions importantes attendues du renforcement du SNIS. En effet ce n'est que par sa qualité, sa fréquence et l'intérêt qu'y porte les usagers (décideurs, chercheurs, services cliniques et services d'administration et de gestion de la santé, etc.) que l'on peut juger de la fonctionnalité du SNIS et donc de son utilité.

Réaliser un tel objectif exige que l'on repense les produits actuels tels que les annuaires statistiques (en format papier difficiles à télécharger et à consulter) en envisageant son évolution vers des rapports plus légers ciblés par rapport aux usagers et l'utilisation de nouveaux canaux de diffusion telles que l'intranet et le web site.

L'alimentation de tableaux de bord à différents niveaux hiérarchiques constitue un objectif à réaliser pour permettre une utilisation en temps réel des données recueillies. Les besoins des différents tableaux de bord et les modalités pour y accéder devront faire l'objet d'un travail approfondi dans un futur immédiat.

Contraintes, leviers et risques à lever

La création de la Direction des Statistiques en tant que l'une des Directions d'appui en la séparant de la Direction de la Surveillance épidémiologique et la concomitance de la création systématique de direction statistiques dans tous les départements Ministériels constituaient une importante avancée par rapport à la place qui doit revenir au système d'information sanitaire. Le Ministère de la santé devait faire partie l'un de ceux qui ont applaudi une telle décision étant lui-même en grande demande de données de grande qualité pour la prise de décision. Mais tout dépend de l'exercice d'un tel pouvoir par cette nouvelle entité et de sa capacité à établir de bons rapports avec les entités productrices de données et celles qui en sont utilisatrices sans les unes et les autres la DS ne peut se fixer une finalité propre. L'instauration d'une dynamique collaborative proactive de la DS est la clef du succès. Il faut pour cela qu'elle soit en mesure d'intégrer les demandes et préoccupations des entités techniques et de la hiérarchie, qu'elle soit capable d'instaurer un dialogue véritable avec celles-ci.

5.1.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Une DS proactive et attentive aux besoins des autres Directions et aux autres acteurs publics et privés est l'un des premiers objectifs poursuivis dans le cadre de ce renforcement institutionnel du Ministère de la Santé. Les besoins de renforcement décrits dans le texte précédent sont résumés dans le tableau ci-après.

Axe 13 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
13	Rendre le système d'information sanitaire plus intégré fiable, sécurisé et capable de générer une information en temps réel utile pour la prise de décision	Institutionnel				<ul style="list-style-type: none"> Recentrer la DS
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> Réadapter les produits utilisés pour la retro-information ; Développer l'utilisation des tableaux de bord aux niveaux de décision. 	Un expert pour développer un modèle de tableau de bord	Tableaux de bord destinés à être utilisés aux différents échelons.	<ul style="list-style-type: none"> Réadapter les produits utilisés pour la retro-information ; Développer l'utilisation des tableaux de bord aux niveaux de décision.

5.2. Axe 14. Organiser, développer et promouvoir la recherche comme outils d'aide à la décision.

L'audit organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé a mis en évidence de nombreuses questions dont les réponses viendront de la recherche (socio-anthropologique, gouvernance, financement, etc.). En outre une réforme telle que envisagée pour la modernisation du MSP nécessitera un accompagnement par une recherche active, ciblée sollicitée ou menée par des acteurs plus motivés. Pour orienter une telle recherche, il est indispensable qu'un dialogue fécond s'instaure entre les décideurs et chercheurs (d'une part ceux ayant un statut reconnu de chercheurs évoluant dans des institutions publiques ou privées ayant des attributions spécifiques en la matière et d'autre part les professionnels de santé tels que les membres des équipes cadres du district conduits à réaliser des activités de recherche en vue de l'amélioration des services dont ils ont la responsabilité). La recherche telle que envisagée dans cet axe de modernisation ne couvre pas volontairement les besoins de recherche fondamentale.

5.2.1. Formuler une stratégie nationale de recherche en santé reflétée dans le document politique de santé nationale, et promouvoir son ancrage institutionnel.

Pour les raisons évoquées précédemment, il existe un besoin réel d'une stratégie de recherche en santé pour orienter la recherche action.

Plusieurs fois, l'autorité publique a contracté des Institutions indépendantes telles que l'ASDL pour réaliser des travaux sur des thématiques socio-anthropologiques spécifiques ce qui constitue dans une certaine mesure la preuve d'une claire conscience qu'il y a des questionnements sur des dysfonctionnements observés du système de santé pouvant être dénoués par le biais de la recherche. Il faut pouvoir aller au-delà d'une démarche ponctuelle, à une approche plus systématique couvrant un champ plus large de thématiques portant sur l'amélioration du système de santé. C'est dans ce sens que l'élaboration d'une stratégie nationale de recherche action en santé partie intégrante d'une politique nationale de recherche sera d'une grande utilité. Cette stratégie précisera les priorités et les thématiques, le profil des acteurs et leurs encouragements, les moyens de financement, les approches de diffusion des produits auprès des usagers et le mécanisme de coordination de sa mise en œuvre.

5.2.2. Animer l'organe consultatif sur la recherche.

Un organe consultatif a été créé par arrêté du Ministre. Sa pertinence ne souffre pas de doute, cependant il faut pouvoir le rendre utile notamment par rapport aux décisions importantes à prendre. Or le nombre très élevé de membres de ce comité en rend la fonctionnalité impossible. C'est pourquoi il est suggéré de le redimensionner en ramenant à un nombre de membres limités et en établissant des critères qui privilégient la participation de personnes qualifiées et au fait des problèmes de santé dont la recherche constitue une réponse. Un tel comité peut être consulté par le Ministre périodiquement sur les thèmes prioritaires de recherche action en santé à réaliser ; sur leur opinion sur les résultats obtenus

grâce à la recherche et leur application par les services de santé ; pour des récompenses à donner à des chercheurs individuels ou en groupe qui ont réalisé les meilleures performances de recherche suivant les grilles du MSP.

5.2.3. Former les Equipes cadres de district dans le domaine de la recherche action.

Sans la prétention de transformer les membres des équipes cadres en personnes consacrant la majeure partie de leur temps à la recherche, on pourrait renforcer leurs compétences pour identifier des sujets de recherche en ligne avec les priorités nationales ou pour suggérer des sujets éligibles pour les futures thématiques prioritaires au niveau national. Ces équipes peuvent se faire aider par des équipes de chercheurs dans les institutions nationales ou des prestataires privés. **Le fonds commun** devrait pouvoir faire des provisions de petits montant de bourses de recherche. De même, il est proposé d'initier les équipes cadres à l'identification et à la formulation de sujets de recherche par des séminaires résidentiels locaux. D'autre part il faut accompagner cette formation de mesures incitatives, comme l'octroi de bourses d'excellence annuelle pour les équipes les plus brillantes et les plus motivées celles-ci pouvant être invitées à présenter leurs résultats aux sessions annuelles du CNS.

5.2.4. Orienter les thèmes de recherche en fonction des besoins du système de santé (niveau gouvernance et niveau opérationnel).

Les ressources susceptibles d'être mobilisées pour la recherche sont assez rares, sans une augmentation considérable des montants actuels, ce qui à certains égards peut-être réaliste, il est suggéré d'établir des priorités, ainsi des thèmes qui intéressent le MSP et ses différents démembrements peuvent être recensés et sélectionnés selon un ordre de priorité. Le rôle de la DEP en rapport avec la DGSP et la DGFR serait de procéder à ce recensement et à proposer des critères de priorisation objective. Une fois une liste de thèmes éligibles identifiée, la sélection d'un nombre de thèmes sera faite sur une base annuelle par le comité consultatif pour la recherche en santé à la demande du Ministre de la santé. Ces thèmes sont ensuite partagés avec les partenaires et feront l'objet d'une large diffusion auprès des acteurs nationaux, régionaux et locaux.

5.2.5. Publier les travaux de recherche.

Maintenir les résultats de recherches sous forme de littérature grise limitée à l'accès de quelques initiés n'est pas un moyen de promouvoir cette importante activité. Les publications actuelles soutenues par le MSP, ne sont pas conçues à l'effet de publier des résultats de recherche ; créer les conditions pour une revue de santé publique qui serait alimentée par les résultats des recherches doit être envisagée dans un court terme car les compétences pour l'encadrement d'une telle initiative existe. Elle doit être soutenue par des efforts conjugués des autorités nationales et des partenaires. Certains travaux dont l'originalité mérite d'être portée à la connaissance de la communauté scientifique internationale, doivent être soutenus pour la publication y compris pour le financement. La Division de la recherche et de l'Innovation au sein de la Direction des Statistiques peut-être porteuse d'une telle initiative à condition qu'elle soit valorisée et dotée en ressources humaines compétentes. Ce genre de travail ne peut relever de la compétence de la DAI/RP.

Contraintes, leviers et risques à lever

Un SNIS évoluant en vase clos pourrait engendrer une déception des structures en attente d'appui. C'est donc de la propension du SNIS à s'ouvrir à davantage de collaboration que dépendra la pertinence de son existence et de son utilité.

La persistance et la multiplication des exigences des partenaires pour la fourniture de rapports spécifiques ciblées sur les interventions qu'ils financent peut être contre-productive pour l'établissement d'un système de support unique.

La période couverte par le plan stratégique du SNIS chevauche sur deux PDS ; une grande partie des activités programmées pour le PDS en cours n'a pas été réalisée. Il est important que le PDS en cours d'élaboration intègre le retard connu dans la mise en œuvre de ce plan stratégique.

Certaines institutions de recherche préfèrent continuer leur routine dans le cadre de partenariat technique et financier et peuvent éprouver un certain mépris sur des approches plus centrées sur la satisfaction de besoins des usagers ou les questions de gouvernance ou de financement ; d'autres chercheurs ont des préférences pour alimenter leurs dossiers de candidature à certaines carrières académiques qui exigent des niveaux de publication. Ces groupes doivent être approchés, sensibilisés et motivés pour soutenir un programme de recherche action.

5.2.6. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

La contribution de la recherche à la modernisation du MSP est un élément pour lequel aucun doute n'est permis. La réalisation d'un tel objectif recherché par les autorités nationales qui s'inscrit en droite ligne de la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé (2008) exige le renforcement des capacités du Ministère de la santé notamment le cadre institutionnel de la recherche, la formation des cadres en recherche action et la diffusion régulière des résultats de recherche auprès d'une large cible constituée de du personnel académique, les praticiens de santé publique du secteur public et privé et les étudiants. Les actions y afférentes sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Axe 14 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
14	Organiser, développer et promouvoir la recherche comme outils d'aide à la décision	Institutionnel				Adoption d'une stratégie de recherche action en santé
		<ul style="list-style-type: none"> Adoption d'une stratégie de recherche action en santé ; Renforcer les capacités de l'Institut National de Santé Publique dans le domaine de la recherche. 				
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel	Formation des équipes cadres de district à la recherche action			<ul style="list-style-type: none"> Organiser la diffusion des résultats de recherche action ; Instaurer un système de récompense pour les meilleurs travaux.
		<ul style="list-style-type: none"> Organiser la diffusion des résultats de recherche action ; Instaurer un système de récompense pour les meilleurs travaux. 				

5.3. Synthèse des axes prioritaires de modernisation liés à l'information sanitaire

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.			
Objectifs Spécifiques	Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i> 			
FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP				
INFORMATION SANITAIRE				
IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°13 : Rendre le système d'information sanitaire plus intégré fiable, sécurisé et capable de générer une information en temps réel utile pour la prise de décision				
Formuler une stratégie nationale d'information intégrant tous les systèmes sanitaires prenant en compte les secteurs public et privé. Finaliser le DHIM-2 Stratégie nationale adoptée DHIM-2 fonctionnelle	MS/SG	En cours	Fin 2016	Appui Institutionnel Université d'OSLO déjà en cours
Instaurer une retro information en temps réel efficace permettant d'alimenter un tableau de bord au niveau du Cabinet des Directions Générales et Directions Nationales et informant les multiples usagers des de l'information sanitaire Tableau de bord installé au niveau des Bureaux du Ministre, SG, DG et DS (inter-relié)	SG/DS		Fin 2016	Expertise fournie pour le développement des tableaux de bord (dash-board)
Constituer une base de données sécurisée et dynamique intégrant les différents sous-systèmes (ressources humaines, infrastructure, équipement, financement) accessible à l'ensemble du MSP Base de données fonctionnelles	SG/DS			Collaboration établie avec toutes les directions et centres rattachés au Ministère
Axe/résultat attendu N°14 : Organiser, développer et promouvoir la recherche comme outils d'aide à la décision				
Formuler une stratégie nationale de recherche en santé reflétée dans le document politique de santé nationale, et promouvoir son ancrage institutionnel Existence d'une politique de recherche en santé adoptée	Ministre/SG			
Animation de l'organe consultatif sur la recherche	Ministre/SG			

Tenue régulière réunion du Comité consultatifs (trimestrielle)				
Former les Equipes cadres de district dans le domaine de la recherche action Nombre de cadres formés et impliqués dans des activités de recherche opérationnelle	SG, une autre institution à définir			Collaboration avec les Ministères des Enseignements supérieurs et la recherche, comité d'éthique; Développement de modules (appui OMS) Implication des Equipes Cadres de District dans de formations sur site autour de thématiques de recherche opérationnelle ciblant des problèmes du district.
Orienter les thèmes de recherche en fonction des besoins du système de santé (niveau gouvernance et niveau opérationnel) 15 thèmes retenus et financés par an	SG/DEP			Impliquer tous les pôles de recherche en santé (CERMES, Faculté, ISP) ; Organiser des appels d'offres impliquant les ECD entre autres.
Promouvoir la publication des résultats de recherche au niveau national traduire la littérature grise en article scientifique) Une revue créée et fonctionnelle	SG/DEP			

La communication

La communication externe et la communication interne sont deux spécialités bien distinctes, avec des publics différents et des finalités différentes...

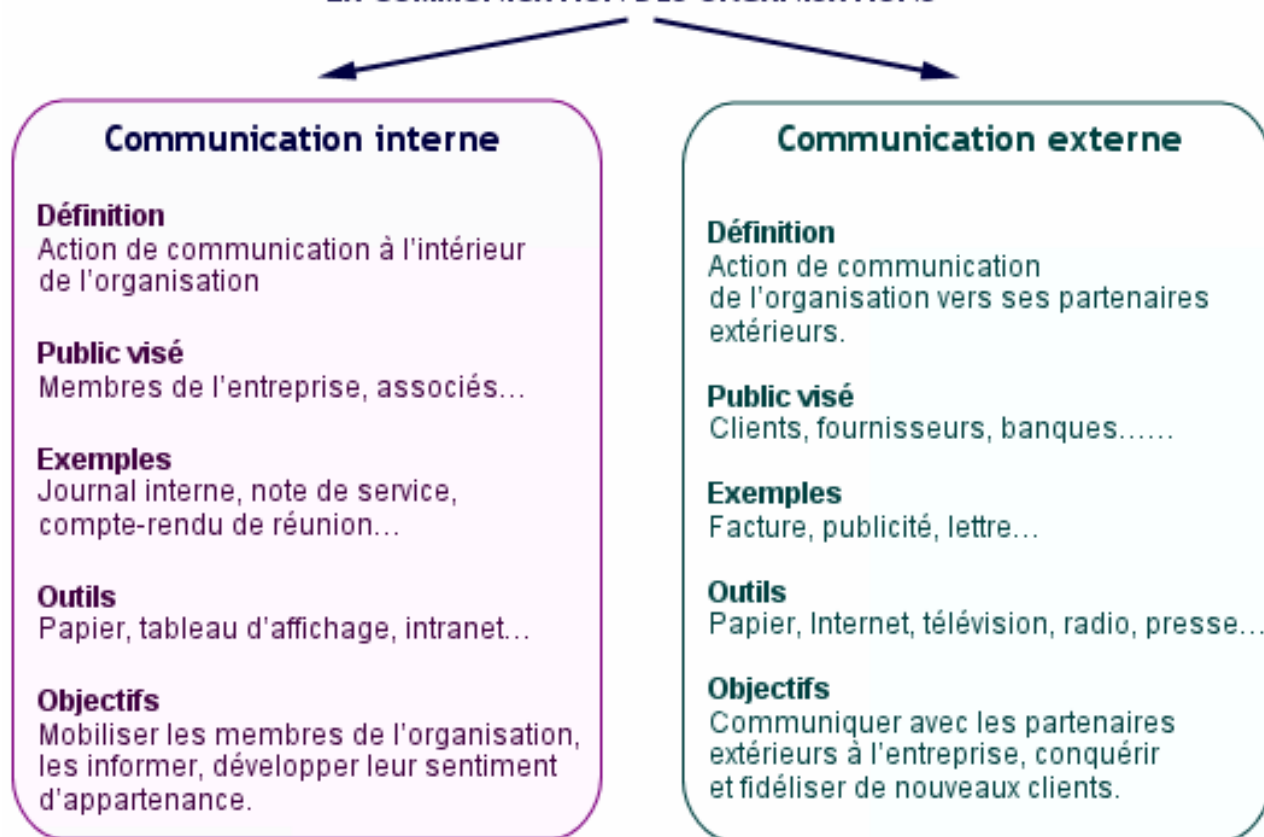
Le communicateur externe et le communicateur interne exercent deux métiers totalement différents ! Il y a autant de différence entre les deux qu'il n'y en a entre un médecin spécialisé (un cardiologue, un néphrologue...) et un médecin vétérinaire : les deux ont pour mission de soigner des êtres vivants mais leurs spécialisations sont bien différentes. Il en va de même pour les communicateurs externes et internes, s'il y a des champs communs à leurs actions, il n'en reste pas moins que ce sont deux métiers distincts. Et pourtant, beaucoup d'entreprises, d'institutions ou d'organisations se complaisent à maintenir ces deux métiers sous la même bannière.

La communication interne répond à une logique RH (c'est à dire en relation à la gestion des ressources humaines de l'entreprise ou de l'institution en question) et **la communication externe repose plutôt sur une logique stratégique de positionnement** (c'est à dire de positionnement de l'entreprise ou de l'institution dans son environnement ou ses environnements). La première doit/devrait donc émarger à la Direction des Ressources Humaines; la seconde à la Direction Générale.

En fonction de la cible, une communication peut être interne ou externe. Si le public visé fait partie de **l'environnement de l'organisation** (fournisseurs, clients, Etat, institutions financières ou non financières et autres partenaires), il s'agira d'une **communication externe**.

Si le public visé est un **membre de l'entreprise ou un associé**, il s'agira alors d'une **communication interne**.

LA COMMUNICATION DES ORGANISATIONS



	COMMUNICATION EXTERNE	COMMUNICATION INTERNE
Définition basique	Ensemble des formes et des processus de communication d'une organisation vers le monde extérieur, vers les groupes cibles de l'organisation	Ensemble des formes et des processus de communication au sein d'une organisation
Cibles	Citoyen lambda, presse et médias, prestataires de services, fournisseurs, clients, acteurs socio-économiques, politiques et/ou culturels des environs ...	Travailleurs de l'organisation ou institution : agents/cadres, agents/employés, agents/ouvriers, administrateurs, partenaires sociaux ...
Missions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer et entretenir une image de marque de l'organisation ou de l'institution ; ▪ Positionner l'organisation ou l'institution dans son environnement ; ▪ Mettre en valeur le produit, service ou prestation de l'organisation ou de l'institution aux yeux des publics externes ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la transparence au sein de l'organisation ou institution ; ▪ Diffuser l'information interne à l'organisation ou institution ; ▪ Favoriser la communication dans tous les sens (communication descendante, horizontale ou ascendante) ; ▪ Stimuler la participation des collaborateurs de l'organisation ou institution ; ▪ Créer une image « d'entreprise », un esprit « d'entreprise », un sentiment d'appartenance à « l'entreprise » ; ▪ Créer un climat de confiance au sein de l'organisation ou institution
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relations médias ▪ Marketing direct et indirect, publicité ▪ Site internet ▪ Web TV ▪ Réseaux et médias sociaux ▪ Sponsoring et mécénat ▪ Événementiel ▪ Relations publiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Journal d'entreprise ou Newsletter ; ▪ Accueil de nouveaux agents ; ▪ Site intranet ; ▪ Fête du personnel ou <i>incentives</i> divers ; ▪ Web TV ; ▪ Affichage interne (valves de communication).

COMMUNICATION INTERNE

L'objectif global de la communication interne consiste à récolter puis à diffuser, à communiquer, des informations pour permettre à l'entreprise/institution et à ses acteurs internes d'exister. Ces informations peuvent avoir pour origine la rumeur. « Radio Moquette » est un bon indicateur de l'état de la communication dans une organisation. **L'offre doit répondre à plusieurs impératifs : être régulière, adaptée et accessible en permanence.**

Le travail sur la forme est un élément essentiel de la communication interne. **Informer tout en communiquant n'est pas forcément chose facile et il s'agit de trouver un juste milieu entre l'information.** La transmission du sens du projet est primordiale. **Nous ne pouvons pas nous approprier ce que nous ne comprenons pas.** La communication interne met en commun un langage, une culture, les valeurs.

COMMUNICATION EXTERNE

La **communication externe** regroupe au sein du service de communication l'ensemble des formes et processus de communication d'une organisation envers le monde extérieur et les groupes cibles.

Quelle que soit la taille de l'entreprise ou de l'institution, la **communication externe** joue un rôle fondamental pour son image et sa notoriété. C'est suite à des actions de **communication externe** que les partenaires, les fournisseurs, les « clients » (la population) forgent leur opinion et leur attitude vis-à-vis de l'institution. Il est essentiel qu'une organisation puisse offrir d'elle une image positive basée sur l'expérience, la compétence et l'innovation. Outil de construction de la notoriété de l'entreprise ou de l'institution, le plan de communication donne sens et cohérence à la multiplicité des actions de **communication externe** : lobbying et relations publiques, relations médias, événementiel, sponsoring, mécénat, site Internet, *e-communication*, publicité, promotion des ventes, marketing direct. Les supports de communication sont nombreux, vidéo, CD-Rom, DVD, livrets, newsletter. L'avènement d'internet et du haut débit offre de nouveaux outils à la **communication externe** telle que la Web TV.

La communication de l'entreprise doit s'intégrer à une vision stratégique : ne pas s'enfermer dans l'économie uniquement ; elle doit intégrer les composantes culturelles et idéologiques. La **communication externe** doit intégrer la dimension de l'influence qui recouvre trois composantes importantes : le prestige exercé, donc l'image émise collectivement, les messages transmis, donc les efforts délibérés pour persuader. La communication externe doit aussi et surtout intégrer la troisième dimension : celle des réseaux, des pouvoirs invisibles, des intermédiaires et des médiations.

La communication externe, ou communication institutionnelle est une « vitrine » de l'institution. Le message, l'affiche, le site web, ... etc ..., donnent à voir.

COMMUNICATION DE CRISE

La **communication de crise** est l'un des domaines de la communication institutionnelle avec la communication interne, la communication externe, les relations publiques, les relations presse, la publicité. Il faut cependant comprendre que la communication de crise est transversale et concerne l'ensemble des domaines de la communication.

La communication de crise est un concept de communication globale qui regroupe l'ensemble des interactions internes et externes de la communication. Elle constitue non pas

un ensemble de méthodes de communication mais une approche qui permet de préparer et de conduire la communication d'un système soumis à des situations critiques aléatoires.

La communication de crise doit être établie selon une infrastructure précise, par les plus hauts responsables habilités (le Ministre de la santé) à prendre des décisions rapides. Une des clés de la communication de crise est le recueil d'informations valides, avant tous les autres. Être le premier à posséder les informations permet de devenir la source privilégiée des médias, de faire autorité et d'accroître naturellement la crédibilité.

Pour cela il faut posséder une organisation qui détient la capacité d'évaluer une situation et d'agir à bon escient.

La communication de crise est également l'une des composantes de la gestion de crise, elle peut se distinguer en deux branches : la communication directement utile à la gestion de crise (alerte des clients ou des populations, consignes, communication de coordination des opérations) **qui se destine à réduire les impacts directs de la crise et la communication sur les enjeux, qui se destine à limiter les polémiques et à protéger la réputation d'une organisation en crise.**

Sa mise en œuvre est du ressort du service communication, en concertation directe et permanente avec le ou les dirigeants de l'organisation (entreprise privée, institution publique, association) et la cellule de crise.

Les différentes phases d'une crise :

Première phase

Le déclenchement provoque un choc émotionnel qui induit presque immédiatement une intense activité de recherches d'informations. Que s'est-il passé ? Ici apparaît déjà un risque de saturation des moyens de communication.

Deuxième phase

L'arrivée des premiers éléments va permettre une première évaluation, parfois fautive, de l'ampleur de l'événement. Évaluation suivant les critères propres des médias. Le ministère doit communiquer sur la base de sa propre évaluation ou de celle de ses partenaires.

Troisième phase

La recherche d'informations va rapidement céder la place à la recherche d'explications. Point de départ, des doutes, des rumeurs et des polémiques

Quatrième phase

Période aigüe, c'est le moment de l'apparition des acteurs qui vont occuper la scène pendant la durée de la crise : enquêteurs, porte-parole, directeurs, procureurs, négociateurs, autorités ... etc.

Phase de lutte entre l'attitude officielle et les « convictions » de l'opinion publique.

Phase médiatique intense.

Cinquième phase

Phase de résorption. Les médias ne s'intéressent plus vraiment à l'affaire, sauf si elle est sulfureuse ou révèle un scandale.

Sixième phase :

Conclusion officielle de la crise.

Dans le cadre de gestion d'une situation de crise, un comité composé du ministre de la santé, du secrétaire générale et de la direction de l'information et de la communication doivent se poser quatre questions fondamentales :

Quoi dire ? Quand le dire ? Comment le dire ? A qui le dire ?

Au-delà des consignes à respecter, deux (2) éléments importants sont à prendre en compte :

- L'imprévisibilité des comportements ;
- La crainte des mises en cause des responsabilités.

La gestion de crise va consister à prendre des décisions, à partir de l'instant de son déclenchement pour en atténuer son intensité. La communication de crise va intervenir tout au long de la vie de la crise (phase préventive, phase curative, phase post mortem)

Il convient de préciser que des synergies entre les acteurs des deux (2) approches de communication sont essentielles. On peut même aller plus avant en disant que la communication interne peut être le levier de la communication externe; cette dernière sera d'autant plus optimale quand la communication interne sera qualitative. **La communication (formelle) doit donc être** une communication raisonnée, prévue, ordonnée qui passe par la voie hiérarchique. **Elle est indispensable à la prise de décisions.**

Rappelons qu'on ne peut pas ne pas communiquer.

N'oublions également jamais que les informations diffusées vers l'extérieur de l'entreprise/institution proviennent de l'intérieur de l'entreprise/institution. Cependant, une fois encore, avec des missions différentes, des cibles différentes et des moyens différents, la communication externe et la communication interne sont deux fonctions différentes.

Concernant le pilier communication, trois axes de priorités de modernisation ont été identifiés :

1. **le premier axe est la déclinaison PNCD un plan de communication sectoriel** qui définit les orientations stratégiques du ministère en matière de communication. A son sein il comporte des actions telles que l'élaboration de la stratégie de communication, de la charte graphique. Il constitue la première intervention en matière de communication car posant les bases d'une communication globale et harmonisée, tenant compte des directives gouvernementales. Il sera la première pierre de modernisation de la communication du ministère de la santé, car posant le cadre d'intervention de la communication en lien avec les directives du gouvernement du Niger.
2. **Le deuxième axe est la délimitation des champs de compétence d'une direction chargée de la coordination de la communication.** Il est important que la communication au sein du ministère de la santé publique soit portée par une seule direction au lieu de deux actuellement. A ce niveau seront définies les différentes communications notamment les communications interne, externe, la communication de crise.

3. **Enfin le troisième axe qui doit préparer un mécanisme de gestion de la communication numérique.** Nous sommes au siècle des techniques de d'information et de communication. Le Niger a déjà un plan de communication numérique dans lequel doivent s'insérer les actions du MSP.

5.4. Axe 15. A partir du PNCD, décliner un plan de communication sectoriel qui définit les orientations stratégiques du ministère en matière de communication (charte graphique : logo, carte de visite, papier entête ... ; site web, réseaux sociaux, panneaux).

5.4.1. Le plan de communication pour le développement (PNCD)

Ce plan de communication va s'inspirer de trois documents essentiels à savoir le plan de communication pour le développement (PNCD), le plan National Information and Communication Infrastructure (ou plan NICI), et enfin l'enquête sur la faisabilité de l'intranet au Niger. Le plan de communication partira de ses trois documents pour produire un plan de communication sectoriel qui va poser les bases d'une bonne communication au sein dudit ministère.

Rappelons que la communication publique est l'ensemble des actions de communication engagées par toute institution exerçant une mission de service publique : institutions étatiques, administrations publiques, collectivités territoriales, entreprises et établissements publics. Elle constitue un ensemble des messages émis par les pouvoirs publics et les services publics qui ont pour objectifs d'améliorer la connaissance civique, de faciliter l'action publique et de garantir le débat politique. Différente de la communication politique, la communication publique tend vers l'intérêt général.

Au Niger, l'Etat a vite appréhendé cette dynamique en mettant en œuvre trois documents fondamentaux relatifs à la communication : plan NICI (2004), enquête de faisabilité d'intranet (2011), PNCD (2003).

Ce plan souligne l'importance d'une politique de la communication gouvernementale dont l'objectif est de *« faire connaître, à travers les méthodes les plus compréhensibles par tous, les rouages, le fonctionnement et les formes d'intervention des différentes structures de l'Etat, pour que les habitants des villes et de la campagne puissent bénéficier des retombées d'un service public des plus efficaces. »* (PNCD, page 82).

Ce plan de communication pour le développement est la charpente de toute politique en matière de communication gouvernementale au Niger.

5.4.2. Le plan NICI 2004.

En 2004, le Niger s'est doté du plan national de développement des TIC appelé Plan NICI (National Information and Communication Infrastructure). Le plan NICI est élaboré dans le cadre du programme AISI (African Information Society Initiative ou initiative pour la société africaine de l'information). Le plan NICI a été adopté par le Gouvernement Nigérien en janvier 2004 comme stratégie nationale de développement des TIC. Le but d'un tel document stratégique est de servir de Document Cadre en vue de :

- faire l'état des lieux des NTIC au Niger en terme d'équipements et d'usages en NTIC;
- mettre en évidence les principales contraintes au développement des NTIC au Niger
- dégager des axes stratégiques de développement des NTIC.

5.4.3. L'enquête sur la faisabilité de l'intranet au Niger 2011.

La communication gouvernementale constitue le creuset d'échanges d'informations entre d'une part, les institutions de l'Etat et d'autre part le public, qui est la population. L'Etat en tant qu'institution républicaine a besoin de conférer à ses décisions et à leurs conceptions politiques la légitimité requise pour qu'elles soient acceptées et appliquées. Parallèlement, les gouvernés essaient de faire parvenir aux gouvernants leurs préoccupations et leurs aspirations, dans les domaines politiques, économique et social. Aussi le plan NICI dans son sixième axe stratégique dénommée stratégie sectorielle e-gouvernement ou gouvernement électronique, souligne la problématique de l'efficience de l'administration, de la décentralisation, de l'implication des populations dans les prises de décisions. Cet axe comporte deux sous-volets :

- l'e-administration (ou intranet gouvernemental) qui facilitera les procédures et la circulation de l'information au sein de l'administration centrale et décentralisée ;
- et l'e-gouvernance (ou extranet gouvernemental) qui facilitera les relations entre l'administration et les usagers en permettant à ces derniers d'accéder à un ensemble de services publics sans être handicapés par la distance.

Le projet Intranet gouvernemental répond à deux (2) objectifs essentiels :

- renforcer les outils de gestion et de communication entre les services de l'Etat ;
- développer une infrastructure de services en ligne pour le déploiement des procédures administratives et supports d'information vers les usagers de l'Administration, les citoyens et les entreprises.

Au travers de ses trois documents de portée nationale, l'Etat du Niger souligne que la communication au niveau d'un pays, doit avoir comme objectifs :

- informer les citoyens, les partenaires, les médias, et la société civile sur les actions des institutions publiques
- promouvoir les services offerts par les pouvoirs publics aux usagers
- faire connaître et accepter la décision publique
- engager le dialogue avec les citoyens qui sont les usagers
- accompagner le changement de comportements dans des grands domaines d'action publique (Santé, Sécurité, développement, etc.)

Cette communication d'une institution de l'Etat comme le ministère de la santé, se fait à travers divers canaux et supports qu'offrent les médias traditionnels et modernes. **Le ministère de la santé, en tant qu'institution sectorielle se doit de communiquer en tenant compte des directives étatiques.** La communication du MSP passe d'abord par une démarche de stratégie de communication qui s'inspire du PNCD, du plan NICI ainsi que de l'approche E-gouvernement.

5.4.4. Sous actions à mettre en œuvre

5.4.4.1. Le plan de communication

La circulation de l'information est un élément vital. C'est un des principaux éléments structurants de l'organisation avec un rôle essentiel dans le processus de prise de décision tant au niveau des décisions opérationnelles quotidiennes qu'au niveau des grandes décisions stratégiques.

L'information a également un rôle dans la compréhension de ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur du ministère. Les deux travers devant lesquels le personnel du MSP se trouve :

- l'excès d'information (abondance, difficulté à discerner les degrés d'importance ...)
- le déficit d'information pertinente et réellement nécessaire qui peut souvent être masquée par le défaut précédent.

Notons que l'étude de diagnostic a fait montre d'une mauvaise perception par le MSP en général de ce qu'est un plan de communication, et des besoins d'élaborer une réelle politique de communication. En effet, le ministère de la santé, à travers la DAID/RP, est en train d'élaborer une stratégie de communication dudit ministère. Toutefois remarquons que chaque stratégie découle d'un plan de communication, qui est l'architecture globale qui va conditionner la stratégie, venant au service de la politique de communication.

Des échanges avec la Direction des archives, de l'information et de la documentation, il ressort que le MSP n'a pas besoin de politique de communication. Pourtant elle est celle qui pilote toutes les actions de communication à travers la mise en œuvre des stratégies de communication.

a) Rôle de l'information

Quand elle circule elle est un facteur de cohésion, réactivité, innovation, adaptabilité, implication et motivation, efficacité collective et personnelle, décision efficace, connaissance de l'environnement ...

Quand sa circulation est difficile, c'est un facteur de division, doute, stress, divergences, inquiétudes, tensions, conflits de personnes et de priorités...

b) But du plan de communication

- Rendre visible les actions les actions menées par MSP

a) Objectif global

- *Au niveau interne* : récolter, diffuser et communiquer des informations pour permettre au MSP et à ses acteurs internes d'exister ;
- *Au niveau externe* : informer l'opinion et les décideurs sur les actions MSP ;

Promouvoir la visibilité et l'image du MPS ;
Contribuer à créer les conditions de viabilité MSP .

Les éléments constitutifs d'un plan de communication

5.4.4.2. La charte graphique et le plan de communication

La charte graphique : élément de plan de communication

L'objectif d'une charte graphique est d'asseoir l'identité d'une institution en installant une cohérence dans ses réalisations. La charte graphique constitue l'ensemble des éléments définissant l'identité visuelle d'une institution. Ce document, sous forme de livret, liste les normes relatives au logotype et à ses déclinaisons, aux caractères typographiques, aux codes couleurs, aux différentes décorations (locaux, véhicules)..

En définissant la charte graphique du MSP, l'identité visuelle définie du ministère de la santé sera reconnue du premier coup d'œil. Grâce à sa charte le MSP construit son image et renforce sa stratégie de communication.

Il est l'outil qui fait exister le MSP par association dans l'esprit du public.

5.4.4.3. Objectifs de la charte graphique

La charte graphique du MSP doit assurer une cohérence, une harmonisation dans tous les supports de communication dont notamment :

- tous les supports papier : cartes de visite, flyers, affiche, enveloppes, papier à entête ;
- tous les supports physiques : enseigne, vitrine, véhicule, stand de présentation, matériel marketing, T-shirt, etc. ;
- tous les supports virtuels : présentation électronique notamment power points, vidéo, multimédia, site web, email, etc.

Le respect de ces consignes concerne tout le personnel du MSP, les partenaires publics et privés.

Tout document qui provient du MSP doit pouvoir être identifié au premier coup d'oeil.

Lorsque la charte graphique est respectée, l'image sera toujours la même quel que soit le support. **Une identité graphique forte est le résultat d'une bonne charte graphique utilisée et respectée dans toute action de communication.**

5.4.4.4. Contenu d'une charte graphique

Le Logo

Il constitue le premier élément de différenciation. Il est primordial d'inclure les différentes versions du logo pour différentes utilisations, ou encore les bonnes et mauvaises pratiques graphiques, les dimensions officielles...

Premier élément de l'identité graphique, le logo du MSP ne doit pas être étiré, déformé, minuscule, ou illisible dans les différentes présentations.

La charte graphique définit les conditions d'utilisation du logo: proportions, taille minimum et positionnement par rapport aux autres éléments (texte, titres, marges, etc.). Une

proposition repensant le logo du ministère de la santé est en élaboration par le CERMES. Il faudrait s'assurer que la proposition du logo réponde aux différents critères de lisibilité de la charte graphique du MSP.

La typographie (police d'écriture)

Il s'agit comme pour les couleurs, d'associer le choix de la police aux valeurs et principes fondateurs du ministère de la santé publique.

La charte définit les règles de mise en page et d'utilisation de la typographie dans un document. Le caractère et la personnalité d'une ou plusieurs typographies apportent une signification et peuvent changer la vision et la portée d'un texte en permettant de créer différents niveaux de textes tout en assurant un confort de lecture. La typographie participe à la cohérence générale de la communication du ministère.

Les couleurs

Pour une meilleure mémorisation et une distinction rapide du logo du MSP, le choix des couleurs doit être limité. Aussi les couleurs primaires doivent être différenciées des couleurs secondaires. Une définition de l'utilisation pour les supports papiers ou numériques, leurs bonnes et mauvaises utilisations, les combinaisons de couleurs de fond avec les différentes variantes du logo, doivent être clairement énoncées.

La charte graphique définit ici aussi ce qui est permis et ce qui ne l'est pas quant à l'utilisation des couleurs relativement au logo du MSP. Certaines couleurs ne sont pas souhaitables avec le logo. L'utilisation des signes graphiques sera également spécifiée pour le noir et blanc (photocopies par exemple).

5.4.4.5. Règles d'insertion de ces éléments sur chaque support

Il est important de conserver toujours les mêmes rapports de proportions sous peine de déformer les éléments graphiques. On définira dès lors les règles d'utilisation comme par exemple les marges nécessaires dans un document, les espaces entre le logo et le texte, etc.

5.4.4.6. Charte graphique des sites internet

Une charte graphique pour un site internet est en général une déclinaison de la charte graphique papier, adaptée aux besoins spécifiques du web. En servant de guide aux développeurs, elle constitue un préalable au développement du site internet du MSP. En même temps qu'elle doit être une interface qui accroche les internautes, belle, pratique et conviviale.

La charte graphique web définira l'emplacement des symboles tels que le logo, les éléments graphiques, les couleurs clés, les fontes de caractère. Ceci une identification rapide du site du MSP, dont l'identité graphique du web sera similaire à son identité papier.

5.4.4.7. Les réseaux sociaux

Un réseau social n'est en effet rien d'autre qu'un groupe de personnes ou d'organisations reliées entre elles par les échanges sociaux qu'elles entretiennent. A l'exemple d'un club de belote ou même une fada. Aujourd'hui le réseau que constitue Internet a démultiplié ces réseaux et interactions, et les a doté d'une toute nouvelle puissance.

Les réseaux sociaux favorisent une dynamique de fluidification de la communication. Ils permettent d'accéder directement à l'information, aux experts et de capitaliser sur les savoirs via les communautés de pratiques

Les réseaux sociaux⁶ se présentent dès lors comme des outils collaboratifs, qui étendent le périmètre d'accès à l'information et la rendent accessible *anywhere, any time, on any device*. Ils favorisent le lien avec les partenaires et le public, qui, à leur écoute, peuvent rapidement tenir compte des remarques, les intégrer, évoluer et souvent innover. Rappelons que l'information est transversale. Puisqu'elle est transverse, l'information ne suit plus les chemins hiérarchiques habituels. Son cycle de vie change, sa diffusion s'accélère, procurant un gain en réactivité pour l'organisation pour le ministère.

A contrario les réseaux sociaux ne permettent pas de savoir ce qui est effectivement réalisé avec/de cette information, et comment elle est exploitée.

Les logiques d'efficacité opérationnelles nécessitent donc de s'appuyer sur les femmes et les hommes du ministère ainsi que les réseaux formels et informels qu'ils constituent. Le MSP espère ainsi fluidifier et accélérer les flux d'information, favoriser la transversalité, partager les bonnes pratiques et faire émerger des idées nouvelles. Si le collaboratif crée une proximité de contenu, le social crée une proximité de personnes et l'alliance des deux est à la source d'une efficacité qui se traduit en termes d'innovation et d'opportunités pour le ministère. Aller vers les réseaux sociaux c'est :

- Partager l'information
- S'appuyer sur les ressources humaines
- Adapter les organisations
- Booster l'innovation
- Mettre en place une gouvernance adaptée.

La mise en place d'un réseau social implique d'associer à une partie informationnelle existante, une fonction sociale et collaborative.

Nous pensons qu'une stratégie de la communication à travers les réseaux sociaux devra être définie par le MSP. **Internet, et les réseaux sociaux doivent être intégrés dans cette stratégie de communication car ces outils sont utilisés de plus en plus et maîtrisés par la population** (à noter que le MSP n'a pas utilisé ces canaux pour certaines situations de crise récentes alors que diverses ONGs ont su exploiter ces supports à l'instar de PSI, Niger-express, Niger-diaspora, cadevniger.org, Nigerird, ou encore Relief web pour EBOLA par exemple).

⁶ **A titre illustratif**, 31 décembre 2000, le Niger compte 5000 internautes (Source : Africa Internet Usage and 2014 Population Stats). Au 30 juin 2014 on compte 298.310 internautes avec un taux de pénétration de l'internet de 1,7 %, selon *Internet world stats, usage and population statistique*. Le nombre d'utilisateurs de Facebook s'élève à 63500, pour la même année.

Contraintes, leviers et risques à lever

Le premier risque à ce niveau sera l'absence d'un plan de communication. Sans ce document essentiel, la communication au sein du ministère sera une communication qui desservira l'institution, car on informera sans savoir au préalable qui l'on va informer, comment on va l'informer, quelle information passer, sur quel support ...

Actuellement au MSP, l'utilisation des supports de communication comme la carte de visite, ou le papier entête n'est pas formalisée. Selon les directions ou selon les responsabilités, le format ou la lisibilité de la carte de visite ou de l'entête changent. Pourtant c'est une seule institution mais les pratiques qui doivent être harmonisées diffèrent.

Une stratégie de communication est en cours d'élaboration par la Direction des archives de l'information de la documentation et des relations publiques (DAID/RP). Cette stratégie peut être enrichie et liée au plan de communication.

Une autre contrainte à lever est celle relative aux réseaux sociaux. Le MSP ne peut pas ignorer les nouveaux médias que sont les réseaux sociaux. Leur réactivité, leur vocation à la propagation fulgurante, oblige toute structure à composer avec eux.

Ils constituent une arme à double tranchant, pouvant servir et desservir l'utilisateur. Raison pour laquelle avant de se lancer dans cette approche les grande lignes doivent être définies qui traceront les objectifs visés, le public, mais aussi et surtout qui doit s'en charger. Les personnes responsables de cette section doivent avoir au préalable une formation liée aux choix, à la maîtrise des réseaux sociaux.

5.4.5. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Le premier renforcement en matière de communication est relatif à la réalisation d'un plan de communication qui est la politique d'intervention en communication du MSP. Ce plan de communication partira du PNCD, qui lui donne les directives gouvernementales en matière de communication pour le développement au Niger. En établissant un plan de communication, c'est toute la charpente de la communication du MSP qui est connue dans ses grandes lignes, et qui permettra de communiquer efficacement dans la durée avec les supports appropriés pour des cibles bien définies.

Axe 15 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
15	A partir du PNCD, décliner un plan de communication sectoriel qui définit les orientations stratégiques du ministère en matière de communication	Institutionnel	Formation en rédaction de plan de communication Formation en gestion de communication de crise (les deux formations peuvent être couplées)	Expert en communication institutionnelle	Plan de communication Stratégie de communication	Le plan de communication est l'architecture générale de la communication du MSP La stratégie de communication intègre la communication interne, externe, la communication de crise
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel	En stratégie des réseaux sociaux	Spécialiste en réseaux sociaux	Charte graphique Stratégie des Réseaux sociaux du MSP. Cette stratégie des réseaux sociaux doit lister les différents réseaux sociaux disponibles, faire leur catégorisation et proposer ceux qui sont les mieux adaptés aux besoins du MSP	La charte graphique doit énoncer le logo du ministère en expliquant le choix des couleurs, la symbolique qui entoure le logo Cette stratégie définira en lien avec la stratégie de communication comment le MSP va communiquer sur les réseaux sociaux

5.5. Axe de modernisation 16 : Délimiter les champs de compétences et de responsabilité.

Ce deuxième axe de modernisation relatif à la communication repose deux volets essentiels : la coordination de la communication au sein du ministère de la santé publique et la définition des différentes sortes de communication que le ministère doit faire. Actuellement au MSP l'information et la communication sont gérées au niveau de plusieurs directions et service :

- une cellule de communication rattachée au cabinet du ministre avec une responsable communication ;
- une direction des archives, de la documentation et des archives (DAID) ;
- une division Communication et Plaidoyer à la division des immunisations ;
- une Cellule Information Education Communication à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) ;
- cellule Communication à la division Nutrition.

Ainsi donc, la communication et l'information dépendent de cinq (5) instances, d'où une pluralité de sources, donc de discordance dans les messages et dans les données à transmettre.

Pourtant pour une fluidité et une efficacité, l'information et la communication doivent bénéficier d'une unique source qui coordonne les autres sources sous jacentes. Dans cette perspective, la coordination de la communication sera le résultat d'une spécialisation des tâches. Le coordonnateur de la communication prendra en charge la gestion de toutes les communications en dehors de la communication de crise qui revêt un caractère spécifique liée à sa gestion : communication interne, communication externe. Cette coordination se fixera pour mission principale le fonctionnement de la communication au sein du ministère. A cette coordination de la communication sera joint la gestion des projets de communication liés à l'activité du MSP notamment : adhésion à une nouvelle identité visuelle, projet de renouvellement du système informatique, changement stratégique de communication ...

5.5.1. Sous actions à mettre en œuvre par axe.

5.5.1.1. Coordination de la communication

Au regard de l'article 51 portant sur les attributions du Directeur des Archives, de l'information, de la Documentation et des Relations Publiques, il ressort que la DAID/RP a pour mission « *l'organisation et le développement des archives et de la documentation générale du Ministère de la Santé Publique, le développement de stratégies de relations publiques, de la recherche et de la communication/diffusion de l'information relative ou en rapport avec le développement du secteur* ». Ce qui revient à dire que la gestion de la communication du ministère de la santé repose sur cette direction. Aussi, pour une question de cohérence liée à la conception des politiques et stratégies de communication, il est primordial que la coordination de la communication du MSP soit menée par cette direction.

En effet toujours dans l'article 51, il est souligné que la DAID/RP est chargée de :

- de promouvoir et d'aider à la mise en place d'un système organisé de circulation de l'information pour le développement au sein du Ministère ;
- de définir, de suivre et de valider la mise en œuvre des normes professionnelles en matière :
 - de traitement des archives, notamment le classement, la description, la rédaction des instruments de recherche documentaire ;
 - de la conservation, notamment la conservation préventive, la restauration, le transfert sur les supports de substitution, la sauvegarde et l'accessibilité des archives électroniques ;
 -
- d'assurer la veille technologique dans ces domaines, en concertation avec les organismes spécialisés ;
- d'assurer une fonction de conseil et de veille en matière d'information des services d'archives ;
- de préparer et d'organiser les activités du Ministère avec les organes de presse ;
- de coordonner les activités du Ministère avec les organes de presse ;
- de veiller à la promotion et à la visibilité du Ministère vers l'extérieur via les nouvelles technologies de l'information (NTIC) et d'autres canaux de communication ;
- d'élaborer des produits documentaires, des dossiers de presse ;
- d'élaborer un programme annuel d'activités ;
- de participer à la formation des agents du Ministère notamment dans le domaine de la recherche par le biais de nouvelles technologies de l'information ;
- de participer étroitement aux conférences, colloques, sommets, etc. organisés par le Ministère ;
- de participer à l'élaboration du budget de Ministère de la Santé Publique;
- de contribuer à la formation continue du Personnel;
- d'évaluer les performances du personnel ;
- d'élaborer des rapports d'activités trimestriels, semestriels et annuels de la Direction. »

En somme, des activités de communication qui doivent être menées par des véritables professionnels de la communication.

Nous recommandons à ce titre qu'une réflexion soit rapidement engagée en interne au MSP, avec toutes les parties prenantes (la Coopération Espagnole est d'ores-et-déjà prête à continuer à accompagner le MSP dans ce sens), afin de :

- professionnaliser les organes en charge de la communication,
- et construire une véritable stratégie de communication en santé (**plan stratégique national intégré de communication en santé**), où les rôles et responsabilités seront clairement délimités⁷.

⁷ A ce titre, nous pensons que la communication du Ministre doit continuer à être prise en charge par la cellule communication rattachée au Ministre.

En revanche, pour toute autre communication (institutionnelle/externe comme interne, la DAID doit centraliser et organiser toutes autres communications en s'appuyant sur les services et programmes, les plus pertinents techniquement.)

Nous pensons qu'un tel plan de communication sera par ailleurs sources de changements de comportements et attitudes.

Nous recommandons également qu'une communication de crise soit également pensée de manière à ce que le MSP soit rapidement réactif en situation de crise sanitaire à venir.

Leviers, risques et contraintes à lever

La multiplicité des sources d'information est le premier ennemi de la communication au sein du MSP. L'information issue des cinq (5) directions et services qui « pratiquent » de la communication doit être centralisée pour une cohérence dans le traitement et la diffusion de l'information sanitaire. **Une seule direction** doit pouvoir centraliser toutes les informations produites, les traiter, les catégoriser, les diffuser. Au vu du cahier des charges de la DAID/RP, celle ci est d'office celle qui est habilitée à mieux coordonner la communication dans ce ministère.

Une fois la coordination de la communication assurée, il est nécessaire que le personnel soit formé dans l'approche des différents genres de communication : communication interne, communication externe, communication institutionnelle, communication de crise.

L'absence de coordination de la communication au sein du MSP sera à coup sûr sources de beaucoup de désagréments et de désinformation. A titre d'exemple l'épidémie de la méningite qui sévit au Niger en cette année 2014, a fait l'objet de plusieurs commentaires sur la qualité des vaccins sur les réseaux sociaux. Par manque de coordination de la communication, le MSP qui dispose des informations pourtant fiables n'a pu les donner. Ceci tout simplement parce qu'entre la Direction des immunisations, la Direction de la santé publique ou même la Direction de l'information et de la documentation, on ne sait pas qui est habilité a donner cette information qui est pourtant sensible. En outre c'est un cas de situation d'urgence ou il faudrait mettre en marche la communication de crise qui doit anticiper de tel retro information.

Le public, les partenaires, la communauté internationale a besoin de savoir ce qui se passe, ce qui est en train d'être fait par rapport à la situation précise. Seule une coordination de la communication et de l'information peut résoudre ce problème, car permettant de mettre en place un dispositif cohérent et efficace de communication.

Cette coordination permettra au MSP de faire circuler l'information, d'assurer un meilleur feedback, de résoudre le cloisonnement entre les directions, le cloisonnement entre les services, bref assurera une meilleure circulation de l'information et de la communication.

5.5.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Dans les textes organiques du MSP, la gestion de la communication et de l'information revient à la DAID/RP. Cependant la pratique montre que cinq (5) directions et services font de la communication une activité à part entière. Il est important qu'il ait une harmonisation et une centralisation de toutes les informations de ce ministère. A ce titre la DAID/RP aura pour responsabilité de coordonner toute la communication du MSP. Elle recueillera les informations issues des différents services et directions qu'elle centralisera.

Axe 16 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
16	Délimiter les champs de compétences et de responsabilités	Institutionnel	Direction pour la coordination de la communication du MSP	SG Expert en communication institutionnelle	Cahier de charge de la DAID/RP repensé Stratégie de communication	Cette formation doit montrer comment fonctionne une direction chargée de la coordination de la communication au sein d'une institution comme le MSP (en lien avec l'axe 15)
		Stratégique	Formation en communication de crise	Expert en communication institutionnelle	Documents de définissant les trois stratégies : communication interne communication externe communication de crise	Les trois paliers de communication sont définis dans la stratégie globale de communication dans l'axe 15
		Organisationnel-Opérationnel	Former le personnel de la DAID/RP en gestion de communication	Expert en communication	Mettre place un comité de gestion de la communication de crise	Le comité de gestion de crise doit travailler avec la direction de la communication et de l'information pour une cohérence de la communication du MSP

5.6. Axe de modernisation 17 : Préparer un mécanisme de gestion de la communication numérique en prévision de la boucle intranet initiée par le Haut-commissariat à l'informatique.

Le projet Intranet gouvernemental répond à deux (2) objectifs essentiels, à savoir renforcer les outils de gestion et de communication entre les services de l'Etat d'une part, et d'autre part, développer une infrastructure de services en ligne pour le déploiement des procédures administratives et supports d'information vers les usagers de l'Administration, les citoyens et les entreprises. Ce chantier a pour objectif de construire ou d'améliorer la vitrine électronique (site web) de chaque administration (Ministères, Haut Commissariat, ...) à travers la réalisation ou l'amélioration de leur portail Web dynamique.

L'intranet peut être défini comme un moyen servant à relier plusieurs employés dans une organisation par le biais du réseau local dans le but de faciliter leur communication, leur collaboration et la gestion de leur travail à travers un simple navigateur.

C'est un moyen simple de partager les informations à l'intérieur de l'institution, surtout quand toutes les unités ne se trouvent pas sur le même site permettant à l'utilisateur de disposer d'une interface identique quel que soit le poste de travail auquel il se connecte.

Un intranet est un ensemble de services internet (par exemple un serveur web) internes à un réseau local (ici celui du gouvernement du Niger). L'intranet est accessible uniquement à partir des ordinateurs qui appartiennent uniquement à un réseau local, ou bien d'un ensemble de réseaux bien définis, et invisibles (ou inaccessibles) de l'extérieur.

L'avantage de l'intranet pour une institution est qu'il lui permet de mettre facilement à la disposition des agents des documents divers et variés, d'avoir un accès centralisé et cohérent à la mémoire du ministère. On parle ainsi de capitalisation de connaissances. De cette façon, il est généralement nécessaire de définir des droits d'accès pour les utilisateurs de l'intranet aux documents présents sur celui-ci, et par conséquent une authentification des utilisateurs afin de leur permettre un accès personnalisé à certains documents.

Des documents de tous types (textes, images, vidéos, sons, ...) peuvent être mis à disposition sur un intranet. De plus, un intranet peut procurer une fonction de *groupware* très intéressante, c'est-à-dire permettre un travail coopératif. Voici quelques unes des fonctions qu'un intranet peut réaliser :

- mise à disposition d'informations sur l'entreprise (panneau d'affichage),
- mise à disposition de documents techniques,
- moteur de recherche de documentations,
- un échange de données entre collaborateurs,
- annuaire du personnel,
- gestion de projet, aide à la décision, agenda, ingénierie assistée par ordinateur,
- messagerie électronique,
- forum de discussion, liste de diffusion (mail liste) diffusion, chat en direct,
- visioconférence,
- portail vers internet.

Le dispositif de la mise en place de l'intranet gouvernemental a déjà commencé avec l'installation des serveurs dans l'ensemble des ministères. Aussi le Ministère de la santé doit aligner sa communication et sa gestion de l'information sur cet outil combien important mis en place par l'Etat du Niger.

Toutefois des corrections doivent être apportées en premier lieu sur le site internet actuel du Ministère de la santé publique. Le Haut Commissariat a déjà attiré l'attention du MSP quant à l'adressage de son site web qui ne répond pas aux normes de l'intranet gouvernemental. Le nom de domaine ou adresse du site du MSP est : *msh.ne*

Or, dans l'organisation de l'intranet gouvernemental, les ministères doivent avoir comme extension *ministère.gouv.ne*

5.4.1. Sous actions à mettre en œuvre par axe

La première action à mettre en place est la correction du nom de domaine du site internet du ministère de la santé publique. Il est impératif pour une harmonisation de l'intranet gouvernemental, que les noms de domaines soient cohérents au sein des différentes structures.

La deuxième action est le renforcement des capacités des agents de la Direction des archives, de l'information et de la documentation (DAID /RP) dans l'utilisation des technologies liées à l'intranet. Il s'agit d'une formation de formateurs car ils auront pour responsabilité de répercuter la formation reçue auprès des autres agents du ministère.

Nous recommandons que cette formation soit articulée autour de :

Formation en gestion de l'intranet : il s'agit ici d'outiller le personnel de la DAID/RP à la maîtrise des nouveaux usages et fonctionnalités des réseaux et du web collaboratif afin qu'ils puissent évaluer le potentiel des nouvelles technologies intranet pour le ministère, pour qu'ils puissent aussi déployer un intranet collaboratif et un réseau social pour un ministère performant. A ce niveau interviendra la notion de la communication interne en intégrant l'Intranet à dominante communication internet (comment sensibiliser et accompagner les collaborateurs dans la découverte d'un intranet).

La typologie d'informations à mettre en ligne : il s'agit ici de partir de la politique de communication élaborée dans l'axe 1, de définir un cahier des charges qui sera le check-list des informations et contenus possibles à mettre en ligne notamment :

- contenus et services.
- définir un pilotage, une ligne éditoriale.
- annuaire social et réseau social d'entreprise.
- les formats éditoriaux.
- les atouts du multimédia : fils RSS, podcasts, vidéos.
- les bonnes pratiques d'écriture et de présentation.
- enrichir ses contenus grâce au multimédia et à l'interactivité.
- exercice de rédaction d'une page Web.

Lancer l'intranet et le communiquer: cette deuxième phase de l'approche intranet a pour objectif la rédaction de l'indispensable plan de lancement de l'intranet. Aussi cette formation permettra au personnel de s'imprégner de cet outil de communication et de collaboration :

- anticiper et préparer sa communication ;
- animer un réseau de communicants ;
- lancer et promouvoir son intranet : concours, questionnaires, chat, jeux interactifs ...
- innover dans sa communication : techniques de créativité utiles ;
- répertorier les moyens de communication les plus performants ;
- former les utilisateurs.

Contraintes, leviers et risques à lever

Etant donné que la Haut Commissariat à l'informatique et aux technologies de l'information et de la communication a commencé le placement des serveurs dans les différents ministères et institutions de la République, il revient au Ministère de la santé de faire un suivi pour l'installation optimale des différents appareils informatiques.

La contrainte majeure liée à cet axe est la non prise en compte de l'harmonisation du nom de domaine du site actuel du MSP.

Un risque lié à l'axe 2 est l'absence d'une Direction de coordination de la communication. Cette dernière aura la charge de suivre l'installation, la formation à l'outil intranet.

5.4.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Le ministère de la santé publique, à l'image de l'Etat du Niger, doit s'intégrer dans cette dynamique de bataille numérique. L'Etat comme le MSP souhaitent communiquer, et surtout mieux communiquer. En établissant une approche globale de E-gouvernement, l'Etat invite toutes les composantes à s'intégrer dans cette approche indispensable et incontournable. Aussi le MSP en tant que structure sectorielle doit harmoniser l'existant, c'est à dire son site internet, mais aussi et surtout positionner sa politique de communication (notamment l'intranet qui est en cours lancement) qui doit s'aligner sur celle définie par la boucle intranet (E-gouvernement)

Axe 17 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)

N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
17	Préparer un mécanisme de gestion de la communication numérique en prévision de la boucle intranet initiée par le Haut commissariat à l'informatique	Institutionnel	Harmoniser l'extension du site internet du MSP	La cellule informatique du MSP	Définir le cadre de collaboration entre la cellule informatique et la DAID/RP	La cellule information doit travailler étroitement avec la DAID/RP pour une efficacité et une efficience du site internet
		Stratégique	Formation gestion de l'intranet	Expertise en communication institutionnelle	Module de formation	Une formation des formateurs sera d'abord faite, qui permettra de repiquer la même formation au sein du personnel d'une même direction donnée. Le souci ici étant de former chaque agent sur l'utilisation de l'intranet. L'intranet étant un outils collaboratif individuel.
		Organisationnel-Opérationnel	Formation en gestion de l'intranet La typologie d'informations à mettre en ligne Lancer et communiquer sur l'intranet	Expert en communication institutionnelle	Modules de formation	

5.7. Synthèse des axes prioritaires de modernisation liés à l'information sanitaire

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.
Objectifs Spécifiques	<p>Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i>

FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP

COMMUNICATION

IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°15 : Décliner du PNCD un plan de communication sectoriel qui définit les orientations stratégiques du ministère en matière de communication				
Le plan de communication élaboré	DAID/RP	Court terme	Court terme	Adapter la stratégie de communication en cours d'élaboration par la DAID/RP au plan de communication
La charte graphique est élaborée et validée	DAID/RP	Court terme	Court terme	Une proposition de logo est en cours par le CERMES.
La Stratégie réseaux sociaux élaborée	DAID/RP	Court terme	Court terme	La stratégie des réseaux sociaux doit cadrer avec le plan de communication du MSP qui est le document de base en matière de communication au sein du MSP
Axe/résultat attendu N°16 : Délimiter les champs de compétences et de responsabilités				
Stratégie de communication interne élaborée	DAID/RP	Court terme	Court terme	Les quatre stratégies doivent s'inspirer du plan de communication est la charpente de toute action de communication du MSP
Stratégie de communication externe élaborée	DAID/RP	Court terme	Court terme	
Stratégie de communication de crise élaborée	DAID/RP	Court terme	Court terme	
Comité de gestion de la communication de crise mis e place	DAID/RP	Court terme	Court terme	
Une direction de coordination de la communication du MSP installée	SG	Court terme	Court terme	DAID/RP renforcée pour coordonner la communication du MSP

Axe/résultat attendu N°17 : Préparer un mécanisme de gestion de la communication numérique en prévision de la boucle intranet initiée par le Haut commissariat à l'informatique

Harmonisation du nom de domaine du site internet	DAID/RP	Court terme	Court terme	L'extension du e-gouvernement est : gouve.ne Harmoniser l'extension du site actuel du MSP
Formation du personnel en gestion de l'intranet	DAID/RP	Court terme	Court terme	les formations permettons une meilleure appropriation de cet outil collaboratif qu'est l'intranet

6. PILIER VI: PRESTATIONS DE SOINS

6.1. Axe 18. Centrer les prestations des soins sur la satisfaction des besoins des usagers et sur la démarche qualité

Considérant que l'amélioration de la qualité et la continuité des soins centrées sur les individus constituent un élément central de la finalité de l'action de santé publique poursuivie par le MSP dans le cadre de sa modernisation, cet axe est d'une grande importance. Les actions décrites ci-après visent à promouvoir une organisation et des pratiques qui y contribuent.

6.1.1. Améliorer l'offre et l'accès géographique aux services de santé à tous les niveaux du système de santé

6.1.1.1. Revitaliser le district sanitaire

L'équité et la justice sociale dans l'organisation et l'offre et l'accès aux soins de santé de qualité sont parmi les valeurs de la Politique Nationale de la Santé du Niger. Cependant, avec une couverture sanitaire qui n'a augmenté que de 0,20% entre 2002 et 2015 (passant de 47,60% à 47,80%), plus de la moitié de la population n'a pas accès aux soins de santé de base qui constituent l'un de ses droits constitutionnels. On assiste à des situations où des malades se voient obligés de parcourir des dizaines, voire des centaines des kilomètres pour avoir accès à un service de transfusion, des femmes enceintes qui parcourent des distances semblables pour avoir accès aux soins obstétricaux urgents dont elles ont besoin pour sauver leur vie et celle de leur bébé. La correction de ces inégalités est une urgence et doit être au centre des préoccupations des politiques de développement en général et de la politique de santé en particulier pour les décennies à venir.

La promotion des soins de santé primaires devrait contribuer à corriger ces inégalités. La réaffirmation de la stratégie des SSP dans la nouvelle Politique nationale de santé et le Plan de Développement Sanitaire constitue le prolongement logique des actions initiées depuis 2006 par le Niger. Le District sanitaire constitue la clef de voûte du niveau opérationnel du système national de santé. Son importance et son rôle sont repris dans le nouveau document d'orientation de la stratégie de participation communautaire en cours de finalisation. Le Niger a mis en place un dispositif fonctionnel autour des équipes cadres de district. Ce dispositif comprenant l'hôpital de district, les CSI et les équipes cadres a bénéficié de financement du fonds commun, le financement des gratuités et le recouvrement des coûts en plus des financements bilatéraux et multilatéraux pour les programmes de lutte contre la maladie. On notera que plus d'une trentaine de districts ont bénéficié des programmes d'urgence tels que la lutte contre la malnutrition leur permettant de disposer pour leur résilience de moyens substantiels en termes de ressources humaines, financières et organisationnelles. Le renforcement de l'organisation des services autour des districts sera un élément essentiel à considérer pour la mise en place de la couverture santé universelle.

En définitive, le pays devrait, conformément à son engagement en rapport avec la Déclaration de Ouagadougou, **promouvoir les soins de santé primaires centrés sur la**

satisfaction des besoins des bénéficiaires (les individus et la communauté), comme fondement du développement de son système de santé. Ces soins doivent être rendus disponibles à toute la population à travers **un plan de couverture sanitaire nationale**. Ceci implique d'une part **une véritable autonomisation et une responsabilisation de la communauté** qui doit être considérée comme partenaire à part entière dans la gouvernance de la santé et, d'autre part, une série **des réformes** qui pour certaines, vont au-delà du secteur de la santé (décentralisation des postes budgétaires liés à la rémunération des ressources humaines, amélioration des conditions de travail et de vie pour fidéliser les cadres de la santé en milieu rural, etc.). Dans le secteur de la santé, la promotion des SSP implique des réformes des services de santé et des structures d'appui à tous les niveaux du système de santé.

Il est préconisé **l'accélération de l'adoption de la stratégie de participation communautaire** qui du point de vue normative permettra de matérialiser le type de plateaux techniques, la composition standard des compétences techniques à réunir dans les équipes cliniques, administratives et gestionnaires.

Plusieurs actions et réformes sont entreprises au niveau périphérique. Parmi celles-ci on peut citer la transformation des Cases de Santé en Centres de Santé intégrés, la médicalisation des Centres de Santé Intégrés, l'implantation des blocs opératoires dans les hôpitaux des districts, le redécoupage des districts sanitaires, etc.). Ces actions et réformes devraient faire l'objectif d'une feuille de route unique et cohérente qui prend en cohérente la nécessité de renforcer le district sanitaire pour plus de justice dans l'offre et l'accès aux soins, la carte sanitaire nationale et la disponibilité des ressources.

6.1.1.2. Mettre en œuvre la réforme hospitalière

Les hôpitaux constituent un maillon important du dispositif de l'offre de services en tant que structures de références secondaires et tertiaires fournissant la majorité des services spécialisés bio-médico-chirurgicaux. Ces hôpitaux ont pour la plupart été érigés en Etablissements Publics Administratifs jouissant de l'autonomie financière et d'une personnalité morale sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Ils ont entamé des réformes de nature gestionnaire et comptable. Ces éléments doivent être, à présent, complétés par des réformes de structure et d'organisation découlant de le renforcement de la fonction d'enseignement et de recherche (CHU), la complémentarité de leurs moyens et l'optimisation de ceux-ci suivant les normes de la carte sanitaire, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil des patients à travers une charte. **La loi hospitalière** porte sur tous ces éléments, elle est au stade d'une version très avancée au moment de l'élaboration de la présente note d'orientation de la modernisation ; elle pourrait être finalisée dans un bref délai pour donner aux hôpitaux, leur administration et la tutelle un cadre légal d'action pour leurs réformes pour le moyen et le long terme.

L'extension de la couverture sanitaire ainsi que l'amélioration de la fonctionnalité des CSI et des HD devrait contribuer à rationaliser le fonctionnement des CHR, CHU et HN dans la cadre de la réforme hospitalière pour permettre à ces derniers de se consacrer à leurs missions essentielles (offre des soins de santé secondaires et tertiaires, formation du personnel médical, supervision des HD, etc.).

La rationalisation de l'implantation des infrastructures sanitaires publiques et privées et des plateaux techniques résultera de l'adoption et de la mise en vigueur de la carte sanitaire. C'est pourquoi il y a urgence à la valider et à lui donner une force exécutoire. Conformément aux directives en matière de participation communautaire d'autres critères seront utilisés pour la délimitation des aires de santé en appliquant les critères populationnels et en mettant en cohérence les découpages communaux et les découpages administratifs pour une meilleure efficacité des services déconcentrés accompagnant le processus de décentralisation.

Comme cela a été signalé plus haut, l'élaboration d'un plan de couverture nationale est nécessaire pour réduire les inégalités en termes d'accès géographiques aux soins de santé. Cette carte devrait contribuer à faire en sorte que les nouveaux centres de santé intégrés qui sont mis en place puissent effectivement contribuer à étendre la couverture sanitaire nationale. En effet, la couverture sanitaire nationale n'a presque pas augmenté au cours de la dernière décennie entre autre parce que les Centres de Santé Intégrés qui sont construits sont pour la plupart implantés dans les aires de santé qui en disposent déjà.

L'extension de la couverture sanitaire implique des réformes qui vont au-delà du secteur de la santé comme celle relative à la rétention du personnel de santé en milieu rural qui passe par la décentralisation des postes budgétaires liés à la rémunération du personnel de santé. Une coordination intersectorielle efficace au sein du gouvernement dans le cadre du dialogue politique en santé est nécessaire pour y parvenir.

6.1.1.3. Développer une médecine pré-hospitalière articulée avec l'organisation de la référence et la contre référence.

Dans une ville comme Niamey dont l'expansion est rapide, il est indispensable de disposer d'un système de prise en charge d'urgence et de transfert rapide vers les centres hospitaliers. Un tel système nécessite une logistique importante dont le maintien en état de fonctionnement permanent peut constituer un réel défi. A ces questions logistiques (plateforme d'appels, centres de coordination, véhicules médicalisées et brancards) et d'une masse critique de professionnels aguerris, compétents et disponibles. La mise en place d'un tel dispositif peut se faire concomitamment à la réforme des hôpitaux. Ce domaine en raison de sa spécificité peut faire l'objet d'un partenariat Public Privé.

Contraintes, leviers et risques à lever

Penser globalement et agir localement est l'un des principes que l'on doit rappeler lorsqu'il s'agit d'aborder la question de l'amélioration de l'offre de services. Il est indispensable de disposer de politiques et de cadre pour en impulser sa mise en œuvre, mais le temps, l'énergie et les fonds y relatifs ne doivent pas priver de l'attention prioritaire nécessaire et de moyens de financement suffisants pour une matérialisation d'une organisation de l'offre de services de prestations de qualité répondant mieux au besoin des populations. L'évolution vers un système d'offre complémentaire entre les différents niveaux et entre le secteur public et le secteur privé est un défi à prendre en compte. Ceci se fera au prix d'un dialogue permanent empreint de respect mutuel et de sens de responsabilités entre les différentes parties prenantes.

6.1.2. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP

Améliorer l'état de santé général de la population et diminuer la morbidité et la mortalité, protéger les personnes des menaces pesant sur leur santé, en assurant la gestion des risques sanitaires ainsi que celle des alertes et urgences sanitaires et la préparation aux menaces exceptionnelles, contribuer à la qualité et à la sécurité du système de santé ainsi qu'un égal accès à ce système, telles sont les missions fondatrices du MSP ce qui passe par des prestations de soins de qualité centrées sur les besoins de la population et la satisfaction de celle-ci.

Axe 18 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
18	Centrer les prestations des soins sur la satisfaction des besoins des usagers et sur la démarche qualité	Institutionnel				<ul style="list-style-type: none"> Restructuration de la DOS Adoption de la loi hospitalière Adoption de la stratégie de participation communautaire Mise en œuvre de la réforme hospitalière ; Renforcement du rôle de l'IGS dans le contrôle des services.
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel				
				1. Recruter un consultant pour la réorganisation de la DOS (un an).		<ul style="list-style-type: none"> Restructuration de la DOS Adoption de la loi hospitalière Adoption de la stratégie de participation communautaire Mise en œuvre de la réforme hospitalière ; Renforcement du rôle de l'IGS dans le contrôle des services.

6.2. Axe 19. Introduire des procédures d'assurance de qualité dans les services public, privé et communautaire.

Centrer les soins sur la qualité en créant les conditions et un environnement favorable doit être une exigence de l'autorité publique de régulation et de garant des services qu'est le MSP vis à vis de ses propres services mais également du secteur privé. Les normes pour la qualité des soins doit être la même pour toutes les unités de prestation. Il n'y a donc pas de raison que certains services y dérogent. L'Etat doit se doter de moyens pour contrôler la qualité dans les services de soins ; les efforts devront porter sur :

- la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé dans toutes les formations sanitaires en commençant par les hôpitaux;
- l'installation de brigades d'hygiène et de sécurité hospitalière dans les services de prestations de soins ;
- Instaurer la charte des patients et son respect dans toutes les formations sanitaires ;
- l'introduction de l'assurance qualité et de l'évaluation de la qualité des soins dans les services publics et privés ;
- l'instauration de cercles de qualité dans les hôpitaux, centres de santé et d'un système d'évaluation par les pairs ;
- Instaurer l'évaluation de la qualité des soins (les procédures standard, le cercle de qualité).

Outre le rôle que devront jouer les structures sanitaires elles-mêmes, le MSP pourra s'ouvrir à la sous-traitance de l'évaluation des soins par contractualisation de services avec des firmes de consultance (nationales ou internationales). Dans ce cas, le rôle de la DOS, en plus du travail normatif et la formation qui lui incombent, doit être dotée de moyens réels pour le suivi et le contrôle de cette activité.

6.2.1. Accroître l'accès financier aux services de santé à tous les niveaux.

Il est attendu de l'introduction de la couverture universelle santé, une atténuation des paiements directs notamment pour les groupes les plus vulnérables. Avant la mise en place et l'extension de la CSU, les mécanismes de gratuité auront un effet d'atténuation des coûts des prestations pour les usagers les plus vulnérables (enfants de 0 à 5 ans ; césariennes). Il est préconisé qu'une étude soit menée sur l'impact de la gratuité sur l'organisation des services santé, leur utilisation par les populations cibles ainsi que l'impact sur la santé des populations cibles. Cette étude permettra d'identifier les bonnes pratiques qui seront capitalisées dans la mise en place de la CUS.

En réponse à la demande des prestataires privés par rapport à l'adoption d'un système de tarification des actes garantissant aux prestataires une rémunération juste des coûts des facteurs utilisés pour l'offre des services ; un travail devra être fait en partenariat avec les acteurs sociaux et les services financiers pour une fixation de tarifs nouveaux. Ceci permettra une détermination plus objective des niveaux de subventionnement des tarifs pour les systèmes de recouvrement de coûts dans les hôpitaux et les Centres de santé.

6.2.2. Renforcer les capacités des structures chargées de la normalisation, de la régulation et de l'encadrement des formations prestataires des soins de santé.

6.2.2.1. Le renforcement des capacités de la Direction de l'Organisation des Soins (DOS).

La création d'une Direction Centrale chargée de l'organisation des soins au sein de la Direction Générale de la Santé constitue une pièce maîtresse de l'amélioration des services. En étant responsable de la formulation des normes et directives en matière d'organisation et d'évaluation des prestations de soins tant publique que privées, elle s'impose comme un maillon essentiel de l'ensemble du dispositif de réformes de la prestation des soins. A cet effet, elle doit être en mesure de s'assurer que les réformes sont initiées, que les normes sont appliquées ou au besoin révisées à temps, et d'en évaluer l'impact.

A l'heure actuelle, de nombreux chantiers ont été ouverts par la DOS mais ne sont pas achevés, il s'agit entre autres de la formulation des normes et standard en cours ; la stratégie de participation communautaire non encore finalisée ; la réforme hospitalière dont la plupart des pans ont été élaborés mais qui n'est pas mise en œuvre ; le manque de performance du suivi du secteur privé ; la collaboration avec l'IGS qui n'est pas productive. Ce sont les insuffisances constatées lors de l'audit. Il est évoqué des raisons financières et de manque de compétences et de leadership pour justifier ces retards et ces gaps ; aussi serait-il important de se pencher sur le devenir de cette importante Direction dont l'existence ne peut être remise en cause mais dont l'organisation, le fonctionnement et la performance doivent devenir plus optimales.

Dans l'immédiat, il est proposé de renforcer cette Direction par une **Assistance Technique qualifiée** pour une période de deux années environ. Cette assistance technique aura comme mission d'impulser une dynamique pour le changement et conseiller par rapport aux mesures nécessaires à prendre et veiller au respect des calendriers. Pour appuyer cette réorganisation de la DOS, il est proposé de constituer **un groupe technique** regroupant des experts nationaux du secteur public et du secteur privé (un spécialiste en organisation des services ; un juriste familier avec la législation sanitaire; un clinicien ; un spécialiste en soins infirmiers ; un spécialiste en réformes des hôpitaux ; un ancien chef d'équipe cadre de district émérite, un ancien Directeur régional de la santé dont les compétences sont reconnues par ses pairs). Ce dispositif peut-être complété par un **cadre permanent de concertation entre le MSP et les acteurs du secteur privé avec une participation active des ordres professionnels** .

Dans le cadre de la réforme en cours, la structure de la DOS devra être réorganisée pour lui permettre de refléter les choix politiques en termes d'organisation des prestations des soins et des services de santé. Par exemple, si l'option de bâtir le système de santé sur base des soins de santé primaires est arrêtée comme choix politique pour la nouvelle politique nationale de la santé (en cours d'élaboration/actualisation), il va falloir qu'une division des soins de santé primaires soit mise en place au sein de la DOS.

6.2.2.2. La réforme des services d'appui du niveau intermédiaire (régional)

Comme pour la DOS, les services d'appui au niveau régional (direction régionale de la santé publique) doivent dans leur composition et leur organisation refléter les choix politiques qui seront faits dans la nouvelle Politique Nationale de la Santé. Il n'existe pas de services d'encadrement technique des districts sanitaires en tant qu'unité opérationnelle) à proprement parler dans la structure actuelle des DRSP. Les points focaux qu'on trouve à ce niveau sont le reflet d'un système de santé basé sur les programmes de lutte contre un certain nombre des maladies spécifiques. L'offre des services de santé en rapport avec les soins de santé primaire fondée sur les besoins des bénéficiaires nécessitent que soient prises en compte les notions d'intégration, de globalité et de continuité. La structure d'encadrement doit avoir une forme pertinente par rapport à l'encadrement de ce genre de services pour mieux les aider à se développer au niveau périphérique.

Contraintes, leviers et risques à lever

Plusieurs organigrammes circulent au sein du Ministère de la santé ; celui qui semble le plus proche de l'existant indique la place de la DOS et son rattachement à la DGSP. Il est important de préciser le niveau de rattachement des EPAS et les rapports fonctionnels existant entre ceux-ci et la DOS, et conférer l'autorité nécessaire à cette dernière pour agir techniquement et exercer pour le compte du Ministre une réelle tutelle sans interférer directement dans la gestion de ses structures. La complexité des EPAS, leur mode de fonctionnement, la nature particulière de la présence en son sein de Professeurs de rang magistral font qu'il est nécessaire de doter la nouvelle DOS d'un responsable respecté par l'ensemble des professionnels exerçant dans les EPA, capable de dialoguer avec ceux-ci et les syndicats.

6.2.3. Orientations majeures en matière de plan de renforcement des capacités du MSP.

Plusieurs décisions importantes ont été annoncées par rapport aux actions relatives à cet axe. Elles portent sur le renforcement institutionnel du MSP notamment la Direction de l'Organisation des Soins (DOS) ; l'adoption de la loi hospitalière ; le renforcement du rôle de l'IGS qui a été largement abordé dans la section portant sur la gouvernance. Cet ensemble doit être conduit avec continuité et exige une guidance technique neutre à l'abri des conflits d'intérêt et des résistances qui sont tout à fait prévisibles dans ce genre de travail. C'est pourquoi il est suggéré que l'ensemble de ce travail qui sera forcément sous la responsabilité et la supervision du Ministère de la santé soit accompagné techniquement par une firme de consultation réputée pour ce genre de travail et capable de fournir toutes les expertises nécessaires à sa réalisation.

Axe 19 : SCHEMA DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSP (sur le plan quantitatif et qualitatif)						
N°	Axe stratégique	Niveau d'intervention	Formation	Expertise (externe ou recrutement)	Outils à concevoir ou à mettre en oeuvre	Commentaires Recommandations
19	Introduire des procédures d'assurance de qualité dans les services public, privé et communautaire	Institutionnel				
		<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration de la DOS ; • Adoption de la loi hospitalière ; • Adoption de la stratégie de participation communautaire ; • Mise en œuvre de la réforme hospitalière ; • - Renforcement du rôle de l'IGS dans le contrôle des services ; 		Sous-traitance avec une firme/opérateur local présentant les références nécessaires pour l'évaluation de la qualité des soins		
		Stratégique				
		Organisationnel-Opérationnel				

6.3. Synthèse des axes prioritaires liés aux prestations de soins.

Objectif global	Réorienter le Ministère de la Santé Publique vers une pratique de gestion axée sur les résultats.
Objectifs Spécifiques	<p>Formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions du MSP en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>identifiant les axes prioritaires de modernisation du MSP,</i> ▪ <i>proposant un plan de renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du MSP.</i>

FORMULATION DES AXES DE MODERNISATION DU MSP

PRESTATIONS DE SOINS

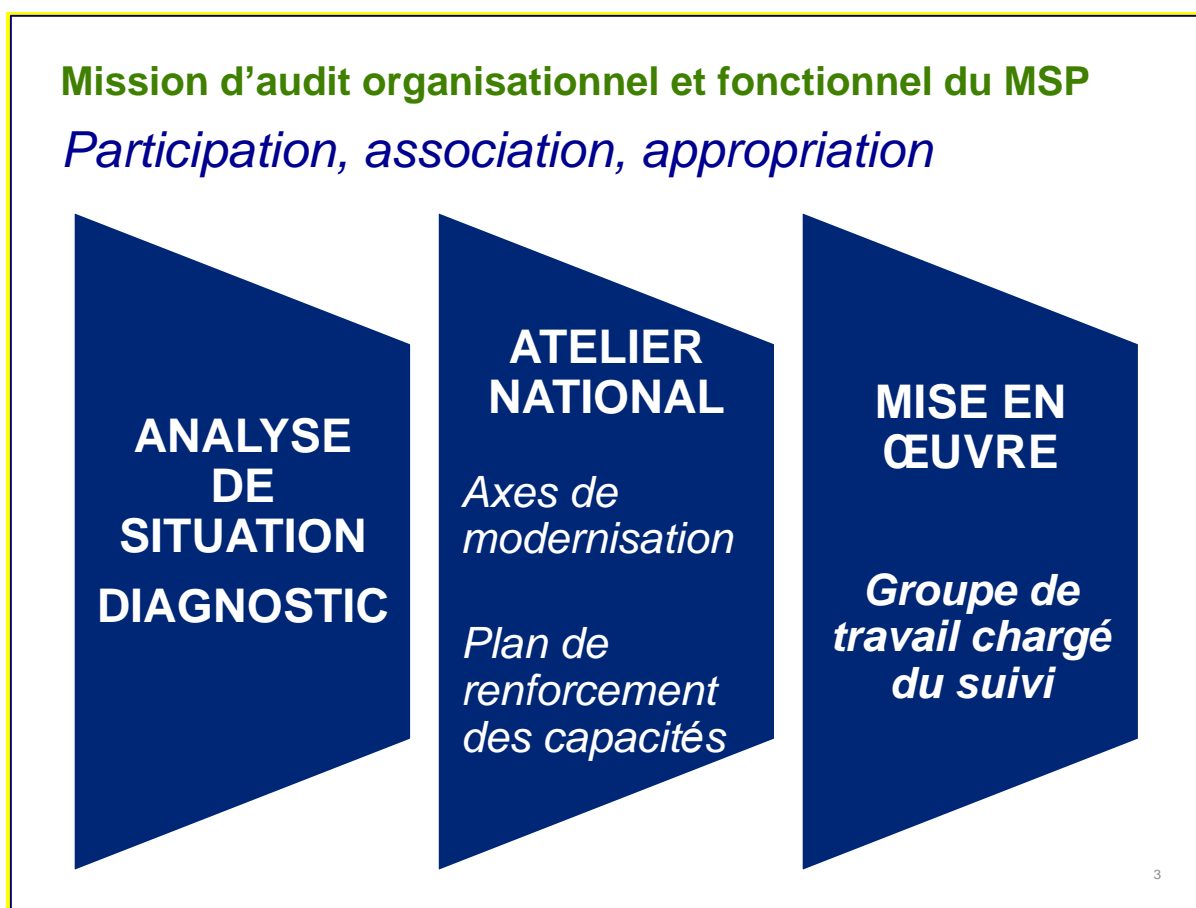
IOV Indicateurs objectivement vérifiables	Chef de file	Planification		Recommandations (pour viser les résultats, lever les risques ...)
		Début	Fin	
Axe/résultat attendu N°18 : Centrer les prestations des soins sur la satisfaction des besoins des usagers et sur la démarche qualité				
Sous axe 1 : Améliorer l'offre des services de santé à tous les niveaux du système de santé				
Revitaliser le district sanitaire (réaffirmation de la stratégie des SSP dans la nouvelle PNS, Politique SSP, périphérie La nouvelle PNS accorde une place de choix aux SSP	SG/DGSP/DOS			RI : élaboration des cadres organiques (village au district) ; définition des normes et standards ;
Elaborer une feuille de route unique et cohérente pour toutes les réformes entreprises au niveau périphérique Existence d'une feuille de route unique pour toutes les réformes du niveau périphérique				
Développer une médecine pré- hospitalière articulée avec l'organisation de la référence et la contre référence (formation d'urgentistes, mise en place d'une infrastructure et d'une logistique appropriée, ceci peut être faire l'objet d'un partenariat public-privé) Prise en charge des urgences de qualité	SG/DOS			Assistance T; Financement via PPP
Accélérer l'adoption de la stratégie de participation communautaire Texte adoptant la stratégie et le cadre de mise en œuvre	Ministre/SG			Travail en cours. Version du Mars 2014
Mettre en œuvre de la réforme hospitalière (adoption de la loi hospitalière, mise en réseau des hôpitaux, et mise en œuvre de la charte du patient) Texte adopté Lancement réformes	SG/DGSP/DOS			Texte déjà préparé
Renforcer les capacités de la direction de l'organisation des soins pour couvrir les besoins normatifs, la régulation et normalisation des secteurs DOS réorganisée et dotée en moyens	Ministre/SG	D'ici à fin 2015.		Expertise Internationale pour la réorganisation de la DOS
Créer un cadre permanent de concertation entre le MSP et les acteurs du secteur privé avec une	Ministre/SG/DOS	D'ici à		

participation active des ordres professionnels Cadre de concertation mise en place (textes)		fin 2015.		
Elaborer une carte sanitaire comme une norme en termes de prospective et de planification des ressources du secteur de la santé Une carte sanitaire validée est disponible	DEP	Immédiat	Avant fin 2015	
Rationaliser l'implantation des infrastructures sanitaires publiques et privées (application de critères populationnels, mise en cohérence fonctionnelles des découpages communal et administratifs et services déconcentrés) Existence d'une carte sanitaire nationale	DOS			Définition des normes et standards
Elaborer les normes d'organisation et de fonctionnement des services de santé (district sanitaire et autres services) en milieu urbain Les normes d'organisation des services de santé en milieu urbain sont disponibles	DOS	Immédiat	Avant fin 2015	
Sous axe 3 : Améliorer l'accès aux services de santé à tous les niveaux				
Accès financier : L'adoption d'un système de tarification des actes garantissant aux prestataires une rémunération juste des coûts des facteurs utilisés pour l'offre des services (recouvrements des coûts ; subventionnement ; tarifs privés ; négociations tarifaires) pour la qualité des prestations Système de tarification des actes disponible	SG/DOS			
Organiser la dévolution des programmes de nutrition Dévolution des programmes de nutrition organisée	SG/PTF			
Axe/résultat attendu N°19 : Introduire des procédures d'assurance de qualité dans les services public, privé et communautaire				
Centrer les soins sur la qualité en créant les conditions et l'environnement favorable (l'hygiène dans les formations sanitaires ; la charte des patients ; cercles de qualité dans les hôpitaux et centres de santé ; introduction de l'assurance qualité) Cadre normatif activé dans les formations sanitaires. Cadres formés	SG/DOS			Expertise technique pour la formation en assurance de qualité. Anier dans les hôpitaux des cercles de qualité
Centrer les soins sur la qualité en créant les conditions et l'environnement favorable (l'hygiène dans les formations sanitaires ; la charte des patients ; cercles de qualité dans les hôpitaux et centres de santé ; introduction de l'assurance qualité) Une enquête annuelle réalisée	DOS			En collaboration avec la DS et l'Institut des Statistiques
Instaurer l'évaluation de la qualité des soins (les procédures standard, le cercle de qualité) Exercice périodique d'évaluation dans chaque formation sanitaire (semestrielle)	DOS			Renforcement institutionnel pour définir les procédures et organisation d'exercices périodiques formatifs
Sous axe 4 : renforcer les capacités des structures de normalisation, de régulation et d'appui technique				
Renforcer les capacités de la direction en charge de l'organisation des soins (DOS) conformément aux options de la nouvelle PNS La structure de la DOS et ses missions reflètent les options de la PSN relatives aux prestations	SG	Avant fin de l'année		Cette action sera mise en œuvre dans le cadre de la restructuration du cadre organique après l'actualisation de la PNS
La réforme des directions régionales de la santé publique (DRSP) conformément aux options de la nouvelle PNS La structure des DRSP est conformes aux missions leur confiées au vu de la PNS	SG	Avant fin de l'année		Cette action sera mise en œuvre dans le cadre de la restructuration du cadre organique après l'actualisation de la PNS

7. Conclusion

L'objectif général de la mission d'audit organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé au Niger est de réorienter le MSP vers une pratique de gestion axée sur les résultats, l'objectif spécifique étant de réaliser un diagnostic de l'organisation et du fonctionnement du MSP afin de formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité et l'efficience de ses actions, à savoir :

- ❑ état des lieux de l'organisation et du fonctionnement ;
- ❑ axes prioritaires de modernisation du MSP ;
- ❑ plan prévisionnel de renforcement des capacités à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif ;
- ❑ critères de choix et les attributions du groupe de travail chargé du suivi et de l'encadrement de la mise en œuvre du projet de modernisation.



La modernisation telle que voulue par le MSP est une œuvre **courageuse et ambitieuse**. Cette décision résulte d'une prise de conscience des faiblesses actuelles et de l'acceptation que des possibilités de réformes existent et qu'elles doivent être appliquées. Les domaines sur lesquels cette modernisation portent sont variés et vastes, c'est pourquoi il faut l'envisager de manière progressive, consensuelle et s'ouvrir à apprendre des expériences réussies par des pays dans de conditions similaires. Mais il faut dans de nombreux cas être également créatifs et novateurs.

Pour conduire une telle œuvre le Ministère de la Santé Publique a besoin de se doter de compétences confirmées et de disposer d'une autorité de régulation et de prise de décisions. Un tel mécanisme a fait l'objet d'une proposition annexée à la présente.

Une large campagne de sensibilisation des acteurs et parties prenantes sera nécessaire pour les préparer à mieux accepter et s'approprier les réformes envisagées. Il faut en être conscient, les résistants et les frondeurs s'opposant à cette modernisation vont constituer un obstacle auquel il faut sans cesse veiller.

Si le chantier est ambitieux et important en termes de charge de travail à produire, il est essentiel que les axes envisagés et actions programmées soient hiérarchisés et priorisés en se préoccupant en permanence du réalisme des décisions prises et de la faisabilité pragmatique des objectifs et actions visés.

Les propositions de ce document quant aux axes prioritaires de modernisation et aux orientations majeures d'un plan de renforcement des capacités du MSP ont été élaborées, sans compromis ni complaisance, dans ce sens.

C'est également dans ce sens que, compte tenu de :

- la situation actuelle du MSP décrite dans l'étude diagnostique,
- des goulots d'étranglements identifiés,
- des contraintes, risques et difficultés à lever à moyen et long termes (changement de mentalités, d'habitudes de travail, de comportements, de pratiques professionnelles ; instauration d'une démarche qualité et d'une culture managériale à tous les niveaux de la chaîne ... etc ...),

nous recommandons pour la mise en œuvre concrète des ces axes de modernisation et orientations majeures du plan de renforcement, **un accompagnement du Comité de suivi et de pilotage** (Comité stratégique et Comité technique) **du MSP via une expertise résidentielle senior LT ancrée à la DEP** (se référer au livrable 2 pour le profil, ancrage et rôle recommandés).

Nous pensons en effet qu'au regard de la problématique spécifique qu'est l'amélioration de l'accès aux soins et la qualité des prestations de soins dans ce pays par :

- la rationalisation et la mutualisation des moyens,
- la performance des prestations et de ses RHS,
- et le sens du service public rendu,

cette approche est la plus appropriée pour aider à prendre les décisions prioritaires et hiérarchisées adéquates, et conduite les changements qui s'imposent aujourd'hui au MSP.

ANNEXES

Annexe 1

Trame de compte-rendu de réunion de coordination et de concertation

Annexe 2

Canevas type d'une fiche d'emploi

Annexe 2bis

Fiche d'emploi de sage-femme (afin d'illustrer l'annexe 2)

Annexe 3

Journal Officiel du 13 décembre 1999, Spécial n°17

Décret n° 99-465

Décret n°99-466

TRAME DE COMPTE-RENDU DE REUNION DE COORDINATION ET DE CONCERTATION

Réunion du	2015	Lieu
------------	------	------

Intitulé de la réunion Ordre du jour	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Point 1 ▪ Point 2 ▪ Point 3 ▪ Point ...
---	--

Participants	Excusés	Absents
--------------	---------	---------

Rédigé par

Thèmes abordés Points discutés	Contenus	Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décisions ▪ Engagements pris ▪ Points d'actions 	Délais Echéances à respecter	Personne responsable
1. Ouverture de la séance : 00h. 00					
2. Lecture, approbation et évaluation du compte rendu de la réunion du .../.../2015					

ORDRE DU JOUR

3. Thème A

4. Thème B

5. Thème C

6. Thème D

7. Thème E

8. Thème ...

--	--	--	--	--	--

QUESTIONS DIVERSES

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

DIFFUSION DU COMPTE-RENDU

Participants	Excusés - Absents	Autres destinataires

CORRESPONDANCE STATUTAIRE

Filière :

Corps :

FAMILLE

SOUS-FAMILLE

CODE

FICHE EMPLOI

APPELLATION PRINCIPALE DE L'EMPLOI	AUTRES APPELLATIONS

MISSION GENERALE

ACTIVITES PRINCIPALES

-

COMPETENCES PRINCIPALES

Relationnelles (et managériales le cas échéant)

Techniques

-

Organisationnelles

SPECIFICITES

DIPLOME OU NIVEAU DE QUALIFICATION REQUIS

RELATIONS PROFESSIONNELLES

INTERNES

EXTERNES

PASSERELLES

Courtes

Longues

CONDITIONS D'EXERCICE

PERSPECTIVES / TENDANCES D'EVOLUTION

CORRESPONDANCE STATUTAIRE

SAGE-FEMME PRINCIPALE
SAGE-FEMME DE SANTE PUBLIQUE

CORPS :

FAMILLE : SOINS

SOUS FAMILLE :

CODE :

FICHE EMPLOI

APPELLATION PRINCIPALE DE L'EMPLOI	AUTRES APPELLATIONS
SAGE-FEMME	<ul style="list-style-type: none">▪ Sage-femme en service d'urgences▪ Sage-femme de PMI▪ Sage-femme de gynéco-obstétrique (GHR)

MISSION

En application des objectifs de santé publique, prendre en charge l'ensemble du processus de la naissance :

- Accompagner la femme ou le couple avant, pendant et après la naissance, diagnostiquer et pratiquer le suivi de la grossesse, l'accouchement,
- Prendre en charge le nouveau-né et les soins post-nataux, tant sur le plan médical, que psychologique et social.

ACTIVITES PRINCIPALES

Accueil et suivi

- Accueillir les couples et les parturientes pour en identifier la situation clinique et les orienter (entretien/examen, recueil d'information, travail de synthèse, restitution...)
- Préparer et accompagner le couple à la naissance

Activités techniques

- Poser le diagnostic pour suivre et surveiller la grossesse et l'accouchement
- Repérer et signaler les risques selon la procédure définie dans le service
- Préparer les actes de soins nécessaires au bon déroulement de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né (déclaration, premiers soins, identification)
- Pratiquer l'accouchement au déroulement normal

Contribution au fonctionnement du service

- Transmettre et prendre les informations utiles dans le cadre des passations de consignes
- Accompagner les stagiaires dans leur formation pratique et apporter une appréciation des acquis
- Renseigner et contrôler les fichiers sur l'identification et la déclaration du nouveau-né et de la mère
- Eventuellement, suivre la consommation des stocks de produits et de matériel pour éviter les ruptures
- Mettre en œuvre régulièrement les précautions standards en milieu hospitalier, et prévenir les infections liées aux soins (hygiène)

Contribution complémentaire à la politique de santé publique

- Organiser et animer des actions de prévention et d'éducation à la santé de la mère et du couple, en application des objectifs de santé publique

- Mettre en application le programme de lutte contre le VIH et les IST

COMPETENCES PRINCIPALES

Relationnelles

- Adapter son comportement et sa pratique professionnelle aux différentes situations, de l'accueil au départ.
- Conseiller, écouter et rassurer la patiente et son entourage dans le cadre des programmes nationaux de santé
- Identifier les informations à communiquer, ou à communiquer en respectant le secret professionnel.

Techniques

- Analyser et évaluer la situation clinique et psychologique relative à chaque personne
- Elaborer et formaliser un diagnostic santé à partir des paramètres à analyser
- Analyser, synthétiser les informations utiles à la prise en charge et à la continuité des soins
- Evaluer le degré de douleur des patientes et prendre/ ou préconiser les mesures nécessaires
- Identifier rapidement les situations d'urgence et définir les actions à entreprendre
- Choisir et mettre en œuvre les techniques et pratiques adaptées au patient, au regard de son métier/sa spécialité

Organisationnelles

- Organiser et adapter ses activités ainsi que son rythme, en fonction des flux du service et des besoins des patientes.
- Recueillir, rechercher et consigner toutes les informations utiles à la tenue des dossiers patients

SPECIFICITES

- Liées au service d'exercice comme la PMI ou gynéco-obstétrique

Diplôme ou niveau de qualification requis

- Sage-femme de santé publique : bac+5 en 2017

Relations professionnelles

- Obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, médecins traitants, auxiliaires de puériculture, puéricultrices, aides-soignantes, kinésithérapeutes, nourrices (agents polyvalents), instrumentiste du bloc, assistantes sociales et psychologues pour une optimisation de la prise en charge du couple mère-enfant.

Passerelles

Outre la progression de carrière : sage-femme principale et sage-femme de santé publique (décret du 20/03 2011)

Passerelles courtes

- Sage-femme coordinatrice
- Sage-femme spécialisée de santé publique
- Sage-femme en chef de santé publique

Passerelle longue

- Directeur de département/ directeur d'institut de formation

Conditions d'exercice

- Les sages-femmes de santé publique sont astreintes à une disponibilité permanente et aux gardes réglementaires
- Port d'une tenue obligatoire

Tendances d'évolution

- Transfert d'actes médicaux et de soins vers les sages-femmes, répondant ainsi aux besoins des patientes et aux problèmes de démographie médicale.
- Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires.

DRAFT IN PROGRESS

JOURNAL OFFICIEL

paraissant le 1^{er} et le 15 de chaque mois

ABONNEMENTS		MODALITES DE PAIEMENT		INSERTION	
NIGER	1 an -	25.000 FCFA	Les abonnements ou réabonnements et les annonces sont payables d'avance. Tout règlement s'effectue exclusivement par mandat postal ou chèque bancaire. Pour tout règlement en espèces, une quittance sera fournie.	Trois mille (3.000) francs CFA la ligne. Un minimum de perception de 30.000 FCFA. par annonce sera appliqué pour les insertions. Adresser les correspondances, textes à insérer, demandes de renseignements à : JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DU NIGER B.P. 116 NIAMEY Téléphone : 72.39.30 / 72.20.59 Central Administratif : 72.36.00 Postes : 3081; 3255; 3725; 3726 ou 3313.	
	6 mois -	12.500 FCFA			
ETRANGER	1 an -	38.000 FCFA			
	6 mois -	19.000 FCFA			
VENTE AU NUMERO		FRAIS D'EXPEDITION			
	Année courante	Année antérieure			REGIME
NIGER	1.000 FCFA	1.500 FCFA	Intérieur	5.000 FCFA	
ETRANGER	1.500 FCFA	2.000 FCFA	Extérieur	7.000 FCFA	
			International	10.000 FCFA	

SPECIAL N° 17

SOMMAIRE

PARTIE OFFICIELLE

ORDONNANCES

- Ordonnance n° 99-56 du 22 novembre 1999, déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions 437
- Ordonnance n° 99-57 du 22 novembre 1999, déterminant la classification des emplois supérieurs de l'Etat et les conditions de nomination de leurs titulaires 438

ACTES DE L'EXECUTIF

- MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI**
- Décret n° 99-465/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999, portant création, composition et attributions de la Commission Nationale de Rationalisation et de Gestion des Structures et des Effectifs de l'Etat 439
- Décret n° 99-466/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999, fixant les modalités d'application de l'ordonnance n°99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions 440

ORDONNANCES

Ordonnance n° 99-56 du 22 novembre 1999, déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions.

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale, chef de l'Etat

Vu la Proclamation du 11 avril 1999 ;

Vu l'ordonnance n°99-14 du 1^{er} juin 1999 portant organisation des Pouvoirs Publics pendant la période de Transition ;

Sur rapport du ministre de la fonction publique, du travail et de l'emploi ;

Le Conseil des ministres entendu ;

Ordonne :

Chapitre I : Dispositions générales

Article premier : L'administration civile de l'Etat assure le fonctionnement régulier des pouvoirs publics et la continuité de l'Etat. Son organisation et ses missions sont déterminées par la présente ordonnance.

Art. 2 - Est considérée Administration civile de l'Etat toute institution du domaine public investie officiellement d'une mission par l'Etat et dotée de ressources nécessaires à la réalisation de cette mission. Les dispositions de la présente ordonnance s'appliquent à toutes les institutions de l'Etat.

Toutefois, elles ne s'appliquent pas à l'Assemblée nationale, aux Cours et Tribunaux, ni aux Forces armées, à la Gendarmerie et aux Forces nationales d'intervention et de sécurité. Elles s'appliquent cependant aux administrations assurant la supervision de ces institutions.

Le mode de création et d'organisation ainsi que les modalités de gestion et de contrôle des structures de ces institutions sont fixés par des textes législatifs et réglementaires distincts de la présente ordonnance.

Art. 3 - L'Administration civile de l'Etat comprend les services centraux, les services déconcentrés, les services décentralisés, les programmes et projets publics. Leur classification ou typologie s'établit comme suit :

A - les services centraux :

- 1 - les institutions supérieures de l'Etat
- 2 - les administrations centrales des ministères

B - les services déconcentrés :

- 1 - les administrations déconcentrées
- 2 - les services rattachés
- 3 - les services extérieurs

C - les services décentralisés

- 1 - les collectivités territoriales

- 2 - les entreprises et établissements publics

D - les programmes et projets publics.

Chapitre II : Les services centraux:

Art. 4 - Les services centraux sont constitués des institutions supérieures de l'Etat et des administrations centrales, des organes consultatifs et des services centraux.

Les institutions supérieures de l'Etat comprennent les structures administratives chargées de l'organisation, de la gestion et de l'appui administratif et technique aux pouvoirs constitutionnels de l'Etat.

L'administration centrale d'un ministère comprend le cabinet du ministre, un secrétariat général, des structures et des organes qui leurs sont rattachés.

Art. 5 - Sont confiés aux administrations centrales des ministères, les missions qui présentent un caractère national ou dont l'exécution, en vertu de la loi, ne peut être concédée à un échelon-territorial.

Art. 6 - L'administration centrale d'un ministère a pour fonctions de préparer, d'élaborer et d'exécuter les actes et décisions politiques, économiques, administratifs et techniques liés aux prérogatives de direction, d'orientation, de régulation, de planification et de contrôle du ministre à l'égard du secteur dont il a la charge.

Elle peut susciter ces actes et décisions dont elle suit l'application.

Art. 7 - Le secrétariat général est chargé d'animer, de coordonner et de contrôler l'action des structures du ministère et de veiller à l'unité dans la conception et l'élaboration des décisions ainsi qu'à leur mise en œuvre.

Art. 8 - Les structures de l'administration centrale sont chargées d'assurer les fonctions visant à garantir la pérennité de l'action administrative et le bon fonctionnement des services publics.

Art. 9 - Les organes de l'administration centrale sont composés du cabinet du ministre, des structures d'inspection, de contrôle et d'évaluation, des organes consultatifs et des administrations de mission.

Chapitre III : Des services déconcentrés

Art. 10 - Les services déconcentrés d'un ministère se composent des services extérieurs et des services rattachés.

Les services extérieurs se composent des services de l'Etat situés à l'intérieur du territoire national et des services de l'Etat situés à l'extérieur du territoire national.

Art. 11 - Les services déconcentrés de l'administration assurent, dans le ressort territorial d'une circonscription administrative ou d'une collectivité territoriale, l'exécution des directives des administrations centrales des ministères dont ils relèvent techniquement.

Ils peuvent être appelés à appuyer les collectivités territoriales selon des modalités précisées par la loi.

Art. 12 - Les services rattachés assurent en général des fonctions dans un secteur d'activités particulières. Ils sont dotés en raison des exigences et de la technicité de leur mission, d'une organisation structurelle et d'un régime de fonctionnement qui leur sont propres.

Les services rattachés sont créés par décret pris en Conseil des ministères.

Chapitre IV : Des services décentralisés

Art. 13 - Les missions des services décentralisés leur sont dévolues par la loi et concernent soit l'échelon territorial, soit une mission spécifique de service public.

Les services décentralisés comprennent les collectivités territoriales et les entreprises et établissements publics.

L'organisation et le fonctionnement de ces services décentralisés sont régis par des dispositions spécifiques.

Chapitre V : Des programmes et projets publics

Art. 14 - Dans le cadre des actions de développement économique, social et culturel, l'Etat peut ériger une ou plusieurs activités sous forme de programme ou projet.

Les objectifs, l'organisation et le fonctionnement des pro-

grammes et projets sont précisés par des textes réglementaires.

Chapitre VI : De la rationalisation des structures administratives et des effectifs de L'Etat.

Art. 15. Il sera créé un organe chargé d'examiner les propositions de création, de modification, de suppression ou de transfert des structures et de déterminer les effectifs de l'administration civile de l'Etat.

Art. 16. La composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de cet organe seront déterminées par décret pris en Conseil des ministères.

Chapitre VII : Dispositions finales

Art. 17. Des décrets pris en conseil des ministères déterminent en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal Officiel* de la République du Niger et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Niamey, le 22 novembre 1999

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale

Le chef d'escadron Daouda Malam Wanké.

Ordonnance n° 99-57 du 22 novembre 1999, déterminant la classification des emplois supérieurs de l'Etat et les conditions de nomination de leurs titulaires

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale, chef de l'Etat

Vu la Proclamation du 11 avril 1999

Vu l'ordonnance n° 99-14 du 1^{er} juin 1999 portant organisation des Pouvoirs Publics pendant la période de Transition ;

Le Conseil des ministères entendu ;

Le Conseil de Réconciliation Nationale entendu ;

Ordonne :

Article premier - Les emplois supérieurs de l'Etat sont classés en deux catégories :

- les emplois à caractère politique,
- les emplois techniques

Art. 2. - Sont considérés à caractère politique et pourvus conformément aux dispositions de la Constitution, les emplois ci-après, relevant du pouvoir de nomination des autorités suivantes :

1 - Président de la République :

- les membres du Gouvernement et les personnalités ayant rang de ministre ;
- le directeur de cabinet et le directeur de cabinet adjoint du Président de la République ;
- les hauts commissaires
- les conseillers et les chargés de mission
- les gouverneurs, préfets, sous-préfets, sous-préfets adjoints hors quota statutaire ;
- les ambassadeurs, consuls généraux, consuls et représentants auprès des organisations internationales hors quota statutaire.

2 - Premier ministre

- le directeur de cabinet et le directeur de cabinet adjoint du Premier ministre
- les conseillers spéciaux et les chargés de missions.

3 - Ministre

- les conseillers

Art. 3 - Le Président de la République, le Président de l'Assemblée Nationale, le Premier ministre, les membres du Gouvernement, les personnalités ayant rang de ministre, les gouverneurs des régions et les préfets disposent d'un chef de cabinet et

d'un secrétaire particulier.

Les chefs de cabinet et les secrétaires particuliers sont nommés à la discrétion des autorités concernées parmi les agents de l'Etat.

Art. 4 - Sont pourvus en Conseil des ministres conformément aux dispositions de la Constitution, sur proposition des autorités suivantes et en tenant compte des critères déterminés par les textes en vigueur :

1 - Président de la République

- le secrétaire général et le secrétaire général adjoint de la Présidence,

- les inspecteurs d'Etat

- les responsables des services rattachés

2 - Premier Ministre :

- le secrétaire général et le secrétaire général adjoint du Gouvernement ;

- les responsables des services rattachés

3 - Ministre concerné :

- *Au niveau de l'Administration centrale :*

- les secrétaires généraux et secrétaires généraux adjoints des ministères ;

- les directeurs généraux et directeurs nationaux des ministères ;

- le Trésorier payeur général, les Fondés de pouvoir et les payeurs ;

- les inspecteurs généraux, les inspecteurs de finances et les inspecteurs de Services ;

- *Au niveau de l'Administration diplomatique :*

- les ambassadeurs, les consuls généraux et consuls ainsi que les représentants auprès des organisations internationales dans les mêmes conditions que celles des responsables de l'Administration centrale.

- *Au niveau de l'Administration territoriale :*

- les gouverneurs de région ;

- les préfets

- les secrétaires généraux et secrétaires généraux adjoints des gouvernorats et préfectures ;

- les sous-préfets et les sous-préfets adjoints ;

- *Au niveau des entreprises et établissements publics :*

- les Présidents des conseils d'administration (PCA), les di-

recteurs généraux (DG) et les directeurs.

- *Au niveau de l'Université :*

- le recteur, le vice-recteur, les doyens et les directeurs des Ecoles d'enseignement supérieur et Instituts de recherches conformément aux textes qui régissent l'Université.

Art. 5 - Les nominations aux postes techniques ci-après relèvent des autorités suivantes :

1 - Ministre :

- les directeurs des programme et projet public ;

- les chefs de division ;

- les chefs de service ;

- les chefs de service technique déconcentré.

2 - Gouverneur :

- les conseillers techniques.

3 - Préfet :

α- les conseillers techniques. α P

4 - Directeur général et directeur d'entreprise ou d'établissement public

- les chefs de département ou directeurs et directeurs adjoints

- les chefs de service.

Art. 6 - Le pouvoir de nomination aux emplois techniques visés aux articles 4, 5 et 6 de la présente ordonnance s'exerce sans discrimination de sexe et sans préjudice de méthodes de recrutements et autres dispositions relatives à l'organisation de la carrière contenues dans les statuts régissant les cadres et corps des agents de l'Etat et ou ses démembrements.

Dispositions finales

Art. 7 - Pour les nominations aux emplois techniques, les autorités compétentes tiendront compte de l'adéquation emplois - postes - profils. Toute proposition de nomination doit être motivée et accompagnée d'un dossier comprenant un curriculum vitae.

Art. 8 - Toute nomination faite en violation de la présente ordonnance est susceptible de recours devant la Chambre administrative de la Cour Suprême.

Art. 9 - La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République du Niger et exécutée comme loi organique de l'Etat.

Fait à Niamey, le 22 novembre 1999

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale,
Le chef d'escadron Daouda Malam Wanké.

ACTES DE L'EXCÉCUTIF

MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

Décret n° 99-465/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999, portant création, composition et attributions de la Commission Nationale de Rationalisation et de Gestion des Structures et des Effectifs de l'Etat.

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale, Chef de L'Etat

Vu la Proclamation du 11 avril 1999 ;

Vu l'ordonnance n° 99-14 du 1^{er} juin 1999 portant organisation des Pouvoirs Publics pendant la période de Transition ;

Vu l'ordonnance n° 99-56 du 22 novembre 1999, déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions ;

Sur rapport du ministre de la fonction publique, du travail et

de l'emploi ;

Le Conseil des ministres entendu ;

Décète :

Article premier - Il est créé auprès du Premier ministre une commission technique dénommée Commission nationale de rationalisation et de Gestion des Structures et des Effectifs de l'Etat (CNRSE).

Art. 2 - La CNRSE est chargée d'examiner les propositions de création, de modification, de transfert ou de suppression des structures et de déterminer les effectifs dans les services publics.

Art. 3 - La CNRSE est composée ainsi qu'il suit :

Président : le directeur de cabinet du Premier ministre ;

Membres :

- le secrétaire général du ministère de la fonction publique, du travail et de l'emploi ;
- le secrétaire général du ministère des finances et des reformes économiques ;
- le secrétaire général du Haut commissariat à la réforme administrative et à la décentralisation (HCRA/D) qui en assure le secrétariat permanent.
- le directeur du Bureau organisation et méthodes (BOM) ;
- le directeur de la législation et du contentieux au Secrétariat général du gouvernement ;

Le représentant de la structure initiatrice ainsi que celui de toute administration concernée par les propositions examinées participent à la session de la CNRSE.

Art. 4 - Tout projet de texte portant création, modification, transfert ou suppression de structures administratives doit, avant son adoption être, soumis pour avis, par le ministre initiateur à la Commission nationale de rationalisation de la gestion des structures et des effectifs de l'Etat.

La CNRSE se prononce en tenant compte des plans des effectifs annuels (PEA) et de la politique d'adaptation permanente de l'organisation et du fonctionnement des services publics à leurs missions.

Article 5. Le ministère de la fonction publique, du travail et de l'emploi mettra à la disposition de la CNRSE toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Art. 6. Le HCRA/D est chargé de suivre la mise en place des services de l'Etat et d'assurer la surveillance de l'évolution des structures conformément aux dispositions du présent décret et à travers les cadres organiques intégrés à la loi de finances.

Article 7. Le Bureau organisation et méthodes est chargé d'encadrer et d'assister les différents ministères dans l'élaboration des textes portant sur les attributions et l'organisation des services.

Art. 8. La CNRSE peut en cas de besoin requérir l'avis de toute autre structure ou personne ressource dont la contribution est jugée nécessaire.

Art. 9. Le projet de texte, annexé des notes d'observations est soumis par la CNRSE au Secrétariat général du gouvernement pour observations.

Art. 10. Lorsque les propositions proviennent des structures décentralisées elles sont soumises au ministère de tutelle qui les transmet à la CNRSE.

Art. 11. La Commission se réunit en session ordinaire annuelle quatre (4) mois avant la session budgétaire de l'Assemblée Nationale. Toute fois, en cas de nécessité, elle peut être convoquée en session extraordinaire par son président et en fonction de la pertinence des propositions faites par les ministres pendant les inter sessions.

Art. 12. Un arrêté du Premier ministre déterminera l'organisation de la CNRSE et précisera ses modalités pratiques de fonctionnement.

Art. 13. Le directeur de cabinet du Premier ministre, les secrétaires généraux des ministères et toutes les institutions impliquées sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République du Niger.

Fait à Niamey, le 22 novembre 1999

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale
Le chef d'escadron Daouda Malam Wanké.

Décret n° 99-466/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999, fixant les modalités d'application de l'ordonnance n°99-56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions.

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale, Chef de L'Etat

Vu la Proclamation du 11 avril 1999 ;

Vu l'ordonnance n°99-14 du 1^{er} juin 1999 portant organisation des Pouvoirs Publics pendant la période de Transition ;

Vu l'ordonnance n° 99-56 du 22 novembre 1999, déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions ;

Sur rapport du ministre de la fonction publique, du travail et de l'emploi ;

Le Conseil des ministres entendu ;

Décète :

TITRE I : DES INSTITUTIONS SUPERIEURES DE L'ETAT

Article premier. Les services des institutions supérieures de l'Etat comprennent :

- les services administratifs de la Présidence de la République ;
- les services administratifs de l'Assemblée Nationale ;
- les services administratifs du cabinet du Premier ministre ;
- les structures ministérielles centrales et régionales ;
- les services administratifs de la Cour Constitutionnelle ;
- les services administratifs de la Cour Suprême ;
- les services administratifs du Conseil Supérieur de la Communication ;
- les services administratifs du Conseil Economique et Social ;

Art. 2 - Sous l'autorité directe du Président de la République, les services administratifs de la Présidence de la République assurent :

- l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle des pouvoirs dévolus par la Constitution au Président de la République ;
- l'organisation, la préparation et l'exécution des missions du Président de la République ;
- l'intendance et l'appui logistique à la Présidence de la République ;
- la gestion administrative, financière et matérielle de la Présidence de la République ;

Art. 3 - Sous l'autorité du Premier ministre, les services administratifs du cabinet du Premier ministre assurent :

- l'étude, l'impulsion, la programmation, la coordination, l'animation et le suivi de l'exécution du travail gouvernemental ;
- la gestion administrative, financière et matérielle du cabinet du Premier ministre et des services rattachés ;
- la gestion du secrétariat du Conseil des ministres ;
- l'harmonisation de la législation et de la réglementation ainsi que la gestion du contentieux ;

- la production et la diffusion des publications officielles ;

- la tenue et la conservation des archives nationales.

Art. 4 - Sous l'autorité de chaque ministre, les services des structures ministérielles sont chargés de :

- la mise en œuvre de la politique définie par le Gouvernement ;
- l'impulsion, la coordination, le suivi, l'évaluation et le contrôle de l'ensemble des services du ministère ;
- l'inspection interne de ces services et l'inspection externe

des personnes morales publiques et privées placées sous la tutelle ou le contrôle du ministère conformément aux textes en vigueur ;

- la gestion administrative et financière centralisée des moyens du ministère.

Art. 5 - Sous l'autorité du représentant de l'Etat dans la région, le département ou l'arrondissement, les services administratifs déconcentrés sont chargés de :

- l'impulsion, la coordination, le suivi, l'évaluation et le contrôle de l'ensemble des services déconcentrés représentés dans la région ;

- l'inspection interne de ces services et l'inspection externe des personnes morales publiques et privées placées sous la tutelle ou le contrôle des services déconcentrés ;

- la gestion administrative et financière des moyens mis à leur disposition ;

- le contrôle des collectivités territoriales conformément aux textes en vigueur.

TITRE II : DE L'ADMINISTRATION CENTRALE DES MINISTÈRES

Chapitre I : Fonction et composition

Art. 6 - L'administration centrale d'un ministère est chargée notamment de :

- assurer ou faire assurer l'application et le respect des lois et règlements ;

- adapter la conduite des affaires administratives aux décisions du gouvernement ;

- assurer la tutelle des établissements et organismes publics relevant de son secteur conformément aux textes en vigueur ;

- soutenir l'action des collectivités locales et leur apporter l'assistance technique nécessaire à la réalisation de leurs programmes ;

- veiller à l'amélioration de la qualité des prestations des services publics et des rapports entre l'administration et les citoyens ;

- réaliser toute étude générale ou spécifique concourant à l'accomplissement de ses missions ;

- mettre en place des instruments d'information, d'évaluation et de contrôle nécessaires à la réalisation des objectifs qui lui sont assignés.

Art. 7 - L'administration centrale d'un ministère comporte un secrétariat général, des directions générales, des directions nationales, le cabinet ministériel, des organes d'inspection, de contrôle et d'évaluation, des organes consultatifs et des administrations de mission.

Chapitre II : Du secrétariat général

Art. 8 - Sous l'autorité du ministre, le secrétariat général constitue l'organe administratif chargé de la mise en application de la politique gouvernementale dans le secteur ministériel. Le secrétariat général est dirigé par un secrétaire général chargé :

- de suivre conformément aux instructions du ministre, l'exécution des décisions prises dans le domaine des attributions du ministère par le Président de la République et le Gouvernement.

- de programmer, d'impulser, de coordonner, de suivre et d'évaluer les activités des différentes structures du ministère ;

- de viser et de soumettre à la signature du ministre tous les actes préparés ou élaborés par les structures du ministère ;

- de superviser la gestion financière et administrative du département ;

- d'assurer sur le plan technique les liaisons avec les autres ministères et les institutions partenaires ;

- de prendre les actes pour lesquels les textes en vigueur lui

délèguent le pouvoir ;

- de signer les actes pour lesquels il reçoit la délégation de signature du ministre.

Le secrétaire général est garant de la continuité de l'administration au niveau de son ministère. Il peut être assisté par un secrétaire général adjoint dont les attributions sont spécifiées par arrêté ministériel et qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement.

Art. 9 - Le secrétaire général exerce le pouvoir hiérarchique direct sur les structures du ministère.

Il participe, sous la supervision du ministre, à l'organisation de rapports fonctionnels harmonieux entre les responsables des structures et des organes du ministère et à la complémentarité des actions entreprises ou à mener par ces organes et structures.

Art. 10 - Le secrétaire général et le secrétaire général adjoint sont nommés par décret pris en Conseil des ministres parmi les fonctionnaires de la catégorie A1.

Ils doivent en outre justifier d'une ancienneté de 10 ans au minimum dans le secteur d'intervention du ministère dont au moins 5 ans dans un poste de responsabilité du niveau d'un directeur national.

Art. 11 - Le secrétariat général comporte :

- un service des archives, de l'information et de la documentation ;

- un service législatif tenu par un juriste qui fait office de conseiller juridique ;

- un bureau d'ordre

- un secrétariat.

Art. 12 - Le Service des archives, de l'information et de la documentation (SAID) est chargé de collecter et mettre à la disposition des utilisateurs internes et externes toute information ou documentation nécessaires dans le cadre de l'accomplissement de leurs missions.

Il a en charge la conservation des archives du ministère conformément aux dispositions de la Loi sur les archives au Niger.

En outre, il prépare et organise sous le contrôle du secrétaire général :

- les activités du ministre dans le domaine des relations publiques ;

- les relations du ministre avec les organes d'information ;

- les relations du ministre avec les différentes associations.

Art. 13 - Le Service de la législation assure en relation avec les services initiateurs et le Secrétariat général du gouvernement, la mise en forme des projets de textes législatifs et réglementaires.

Il assure la conservation des documents préparatoires élaborés dans ce cadre.

Il veille à la conformité des actes et décisions de son secteur avec les textes en vigueur.

Art. 14 - Le Bureau d'ordre est chargé de l'enregistrement et de la ventilation de tout document de correspondance au départ et à l'arrivée. Il assure le classement du courrier.

Art. 15 - Le Secrétariat assure la saisie des documents administratifs, l'organisation des audiences et la gestion des appels téléphoniques du Secrétariat général.

Chapitre III : Des structures de l'administration centrale

Art. 16 - Les structures de l'administration centrale sont chargées d'assurer les fonctions visant à garantir la pérennité de l'action administrative et le bon fonctionnement des services publics.

Elles peuvent être organisées selon le cas et suivant la spéci-

ficité de chaque ministère en :

- directions générales ;
- directions nationales ;
- divisions ;
- services ;
- bureaux.

Art. 17 - Une direction générale peut être créée pour regrouper des directions nationales d'un ministère. Dans tous les cas, une direction générale ne peut être créée que si les directions nationales sont au moins au nombre de sept (07).

La direction générale doit comporter au moins trois (03) directions nationales.

Art. 18 - La direction générale est chargée de :

- assurer la coordination des activités de plusieurs directions ;
- entreprendre toute action, étude ou recherche tendant à développer et à rationaliser les activités dont elle a la charge ;
- veiller à l'unité et à la complémentarité des actions entreprises ou à mener par les directions nationales en dépendant ;
- procéder à l'évaluation régulière des activités et établir des bilans et synthèses.

Art. 19 - Le directeur général est nommé par décret pris en Conseil des ministres parmi les fonctionnaires de la catégorie A1.

Il doit en outre justifier d'une ancienneté d'au moins sept (7) ans dans le secteur public ou para-public dont au moins cinq (5) ans dans un poste de responsabilité du niveau de directeur national.

Art. 20 - Une direction nationale doit comporter au moins deux (2) divisions, une division au moins deux (2) services, un service au moins deux (2) bureaux.

Dans tous les cas, l'opportunité de la création de chaque niveau structurel est fonction du volume, de la complexité des tâches et de la spécificité de la mission du service.

Art. 21 - La direction nationale est chargée de :

- l'élaboration des politiques, stratégies et programmes nationaux ;
- la coordination et l'évaluation des activités des services qui la composent ;
- la contribution à l'élaboration de projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à son secteur.

Elle propose dans le cadre des attributions des secteurs toute mesure tendant à concrétiser les programmes d'action du gouvernement.

Elle entreprend toute action, étude ou recherche tendant à développer et à rationaliser les activités dont elle a la charge.

Elle assure l'unité et la complémentarité des actions entreprises ou à mener par les divisions et autres structures en dépendant dans le respect de la hiérarchie.

Elle procède régulièrement à l'évaluation de leurs activités et établit périodiquement des bilans et synthèses.

Elle assure la coordination, le contrôle technique et l'évaluation des services, régionaux, sous régionaux et locaux des services déconcentrés de l'Etat.

Art. 22 - Le directeur national est nommé par décret pris en Conseil des ministres parmi les fonctionnaires de la catégorie A1.

Il doit en outre justifier d'une ancienneté d'au moins cinq (5) ans dans le secteur public ou para-public dont au moins trois (3) ans dans un poste de responsabilité du niveau de chef de division.

Art. 23 - La division est chargée d'élaborer les programmes d'actions, les décisions et les mesures nécessaires à la mise en œuvre des orientations et directives arrêtées et d'en suivre l'application.

Elle impulse, anime, coordonne et contrôle les services et bureaux qui la composent. Elle entreprend toute action, étude ou recherche tendant à développer et à promouvoir les actions relevant de son domaine de compétence.

Elle établit périodiquement les bilans et synthèses des activités dont elle a la charge.

Art. 24 - Le chef de division est nommé par arrêté du ministre parmi les fonctionnaires d'au moins de la catégorie A.2.

Il doit en outre justifier d'une ancienneté d'au moins cinq (5) ans dans le secteur public ou para-public dont au moins trois (3) ans dans un poste de responsabilité du niveau de chef de service.

Art. 25 - Le service est chargé, d'élaborer les programmes d'actions, les décisions et les mesures nécessaires à la mise en œuvre des orientations et directives arrêtées et d'en suivre l'application.

Il impulse, anime, coordonne et contrôle les bureaux qui le composent. Il entreprend toute action, étude ou recherche tendant à développer et à promouvoir les actions relevant de son domaine de compétence.

Il établit périodiquement les bilans et synthèses des activités dont il a la charge.

Art. 26 - Le chef de service est nommé par arrêté du ministre parmi les fonctionnaires d'au moins de la catégorie B.

Il doit en outre justifier d'une ancienneté d'au moins trois (3) ans dans le secteur public ou para-public.

Art. 27 - Le bureau constitue l'unité administrative de base de l'administration centrale. Il est chargé de rechercher, centraliser, exploiter et analyser les éléments nécessaires à la préparation des dossiers et des décisions relevant de son domaine de compétence.

Il initie toute mesure ou procédure à caractère technique ou opérationnel visant à assurer l'application des règles et normes régissant son domaine de compétence. Il propose dans ce cadre les correctifs et aménagements nécessaires. Il effectue en outre l'ensemble des actes et tâches d'administration et de gestion afférents à l'exercice des attributions qui lui sont conférées.

Art. 28 - Le chef de bureau est nommé par décision du directeur national parmi les fonctionnaires de la catégorie B ou C.

Il doit en outre justifier d'une ancienneté d'au moins deux (2) ans dans le secteur public ou para-public.

Art. 29 - L'organisation du ministère et les attributions du secrétaire général, des directions générales et des directions nationales sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

L'organisation et les attributions des autres structures sont déterminées par arrêté du ministre après avis de l'organe chargé d'examiner les propositions de création, de modification, de suppression ou de transfert des structures et de déterminer les effectifs de l'Etat et après observations du Secrétariat Général du Gouvernement.

Art. 30 - Les responsables des structures prévues à l'article 20 ci-dessus exercent leurs prérogatives dans le cadre de la hiérarchie établie.

Les textes portant organisation de chaque ministère déterminent le nombre de fonctions et emplois nécessaires à son fonctionnement.

Chapitre IV : Les organes de l'Administration centrale

Section 1 : Du cabinet ministériel

Art. 31 - Pour l'exercice des missions ne relevant pas des attributions et compétences des structures et autres organes de l'administration centrale, le ministre et, le cas échéant le secrétaire d'Etat sont assistés chacun d'un cabinet.

Art. 32 - Le cabinet du ministre comprend :

- un chef de cabinet ;
- un (1) à trois (3) conseillers techniques ;
- un (1) secrétaire particulier.

Le nombre de conseillers techniques est fixé par décret en fonction des attributions de chaque ministère.

La répartition des tâches entre les membres du Cabinet est fixée par le ministre.

Art. 33 - Le chef de cabinet est nommé par arrêté du ministre concerné. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Art. 34 - Les conseillers techniques sont nommés par décret sur proposition du ministre concerné. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

Ils doivent appartenir à la catégorie A1 du Statut général de la fonction publique ou d'un niveau équivalent.

Ils doivent, en outre, justifier d'une ancienneté d'au moins dix (10) ans dans le secteur public, parapublic ou privé dont cinq (5) ans au moins dans un poste de responsabilité.

Ils ont rang de secrétaire général de ministère.

Art. 35 - Le responsable du secrétariat particulier est nommé par décision du ministre concerné. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Art. 36 - Lorsqu'il est mis fin à leurs fonctions, les membres du cabinet, agents de l'Etat sont réintégrés dans leurs administrations d'origine même en surnombre.

Art. 37 - Les conditions de rémunération des membres du cabinet sont fixées par décret.

Section II : Des organes d'inspection de contrôle et d'évaluation

Art. 38 - Pour assurer l'application de la législation et de la réglementation en vigueur spécifiques au secteur et assurer le fonctionnement normal et régulier des structures, organismes et établissements relevant de son autorité, le ministre est habilité à proposer au Conseil des ministres la mise en place d'un organe d'inspection, de contrôle et d'évaluation adapté à la nature des objectifs qui lui sont assignés dans le cadre du programme d'actions du gouvernement.

Les organes d'inspection, de contrôle et d'évaluation doivent à travers leurs actions, concourir notamment à :

- prévenir les défaillances dans la gestion et la marche des services publics ;
- orienter et conseiller les gestionnaires, pour leur permettre de mieux assumer leurs prérogatives dans le respect des lois et règlements en vigueur ;
- veiller à l'utilisation rationnelle et optimale des moyens et des ressources mis à la disposition du ministère et des organismes qui en dépendent ;
- s'assurer de la concrétisation de l'impératif de rigueur dans l'organisation du travail.
- veiller à l'observation par les hauts fonctionnaires de l'obligation de réserve et de neutralité dans l'exercice de leurs fonctions.

Art. 39 - L'inspection générale intervient sur la base d'un programme d'inspection soumis à l'approbation du ministre. Elle peut en outre intervenir de manière inopinée à la demande du ministre pour effectuer une mission d'enquête rendue nécessaire par une situation particulière.

Toute mission d'inspection, de contrôle, d'évaluation ou d'enquête doit être sanctionnée par un rapport déposé auprès du ministre. Il est fait ampliation à l'inspection générale d'Etat.

L'inspection générale est tenue d'établir un bilan annuel de ses activités.

Art. 40 - L'inspection générale anime, coordonne et assure le suivi des activités des inspecteurs. La répartition des tâches entre les membres de l'inspection générale est fixée par le ministre sur proposition de l'inspecteur général.

Art. 41 - Les inspecteurs sont nommés par décret pris en Conseil des ministres. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

Ils doivent appartenir à la catégorie A1 du Statut général de la fonction publique ou être titulaires d'une qualification équivalente du secteur parapublic.

Ils doivent en outre justifier d'une ancienneté minimale de dix (10) ans.

L'inspecteur général a rang de secrétaire général de ministère et les inspecteurs ont rang de directeur national.

Art. 42 - Les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux inspections spécialisées de certains ministères qui demeurent régies par les textes particuliers les concernant.

Section III : Des organes consultatifs

Art. 43 - Dans le cadre de la concertation avec les partenaires socio-économiques et usagers des services publics et en vue de promouvoir et améliorer les activités et prestations du secteur, le ministre est habilité à mettre en place toute instance de consultation et ou de concertation.

La création, la composition ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces instances sont fixées par arrêté du ministre concerné.

Section IV : De l'administration de mission

Art. 44 - Pour l'étude des dossiers et la réalisation de projets particuliers, le ministre peut proposer au Conseil des ministres pour une période déterminée et sur la base d'un programme préétabli, la création d'une administration de mission.

La décision de création doit préciser les contours de la mission ou du projet à réaliser et en fixer l'échéance.

Elle doit également déterminer les moyens à mettre en œuvre pour réaliser la mission ou le projet.

Art. 45 - Le responsable de l'étude ou du projet est tenu de rendre compte périodiquement au ministre de l'évolution de la mission ou du projet. Au terme de la mission ou du projet, il est établi un rapport définitif soumis à l'appréciation du ministre qui en fait communication au Conseil des ministres.

Section V : Des programmes et projets publics

Art. 46 - Les programmes et projets publics ont des objectifs qui leur sont assignés pour une période bien précise.

Art. 47 - Les responsables des programmes et projets publics sont tenus de rendre compte périodiquement au ministre ou à l'autorité de tutelle de l'évolution du programme ou du projet.

Au terme du programme ou du projet, il est établi un rapport définitif soumis à l'appréciation de l'autorité de tutelle qui en fait communication au Conseil des Ministres.

Art. 48 - Le directeur du programme ou du projet est nommé parmi les fonctionnaires de la catégorie A du Statut général de la fonction publique ou d'un niveau équivalent.

Il doit en outre justifier d'une ancienneté d'au moins cinq (5) ans dans le secteur public ou para-public dont au moins deux (2) ans dans un poste de responsabilité du niveau de chef de division.

TITRE III : DES SERVICES DECONCENTRES

Chapitre 1 : Des services extérieurs

Section I : Des services de l'administration territoriale

Art. 49 - Pour exercer leurs missions, les services de l'administration territoriale de l'Etat sont, sauf dispositions législatives contraires, organisés dans le cadre des circonscriptions ad-

administratives territoriales suivantes :

- Région;
- Département ;
- Arrondissement ;
- Commune.

Art. 50 - Un décret pris en Conseil des ministres précisera pour chaque ministère les modalités de transfert d'attributions des administrations centrales aux services des administrations territoriales de l'Etat.

Ce décret précisera en outre les principes d'organisation de ces services.

Art 51 - Les services de l'administration territoriale de l'Etat peuvent concourir par leur appui technique aux projets de développement économique, social et culturel des collectivités territoriales qui en font la demande.

Dans ce cas, cet appui est fourni dans des conditions définies par convention passée entre le représentant de l'Etat et le Président de l'organe exécutif de la collectivité.

Art. 52 - Les services de l'administration territoriale de l'Etat sont créés par décret pris en Conseil des ministres.

Ils sont placés sous l'autorité hiérarchique des responsables des circonscriptions administratives dont ils relèvent.

Art. 53 - Pour exercer leurs missions, les services de l'administration territoriale de l'Etat sont organisés dans le cadre des circonscriptions administratives en :

- Direction régionale ;
- Service départemental ;
- Service d'arrondissement ;
- Service communal.

Art. 54 - L'organisation ainsi que les modalités de fonctionnement des services de l'administration territoriale sont déterminées par arrêté ministériel.

Cet arrêté mentionne la liste des services ou ensemble de services rattachés et placés sous leur autorité.

Art. 55 - Les responsables des services de l'administration territoriale sont nommés par arrêté ministériel.

Section II : Des services de l'Etat situés à l'extérieur du territoire national

Art. 56 - Les services de l'Etat situés à l'extérieur du territoire national sont créés par décret pris en Conseil des ministres qui en détermine les zones de juridictions.

Ils se composent notamment d'ambassades, de représentations permanentes auprès d'organisations internationales, de consulats généraux, de consulats de plein exercice et de consulats honoraires.

Les ambassadeurs, les représentants permanents, et les consuls généraux sont nommés parmi les fonctionnaires de la catégorie A1 justifiant d'une ancienneté d'au moins dix (10) ans dans le secteur public ou para-public dont au moins cinq (5) ans dans un poste de responsabilité de niveau de directeur national.

Les consuls sont nommés parmi les fonctionnaires de la catégorie A2 justifiant d'une ancienneté d'au moins cinq (5) ans dans le secteur public ou para-public dont au moins trois (3) ans dans un poste de responsabilité de niveau de chef de division.

Les consuls honoraires sont nommés par arrêté du ministre chargé des affaires étrangères conformément aux intérêts bien compris de l'Etat.

Chapitre II : Des services rattachés

Art. 57 - Les services rattachés sont créés par décret pris en Conseil des ministres. L'organisation et le fonctionnement de

ces services sont fixés par décret pris en Conseil des ministres lorsqu'ils sont rattachés au cabinet du ministre ou à une direction nationale. Ils sont fixés par arrêté ministériel lorsqu'ils sont rattachés à un service de l'administration territoriale de l'Etat.

TITRE IV : DES SERVICES DECENTRALISES

Chapitre I : Des Collectivités Territoriales

Art. 58 - Les compétences, l'organisation et les conditions de désignation des responsables des Collectivités Territoriales sont régies par des dispositions prévues par des textes spécifiques.

Chapitre II : Des entreprises et établissements publics

Art. 59 - Les présidents des conseils d'administration des entreprises et établissements publics sont nommés par décret pris en Conseil des ministres. Ils doivent avoir un niveau équivalent à la catégorie A1 de la fonction publique et une expérience professionnelle d'au moins dix (10) ans à un poste de responsabilité dans le secteur public, para - public ou privé.

Les directeurs généraux des entreprises publiques sont nommés par décret pris en Conseil des ministres sur la base d'un cahier des charges préalablement établi et d'un mandat de trois ans renouvelable une seule fois. Ils sont choisis parmi les cadres du niveau A1 de la fonction publique ou d'un niveau correspondant, de préférence en rapport avec une spécialité du secteur concerné.

A la fin de chaque année, le conseil d'administration procède à l'évaluation des résultats et en fait rapport au gouvernement. En cas de défaillance grave constatée, le conseil d'administration peut proposer la suspension du mandat et en référer sans délais à l'autorité de tutelle.

Ces dispositions sont applicables à tout dirigeant d'entreprise publique.

TITRE V : DES DISPOSITIONS FINALES

Art. 60 - Les relations fonctionnelles entre les organes d'une part, et les structures d'autre part n'impliquent pas de rapport de hiérarchie des uns par rapport aux autres. Les missions et les fonctions dévolues aux structures et organes prévus par le présent décret sont mis en œuvre sous l'autorité du ministre dans un cadre concerté.

Art. 61 - Tout projet de texte portant création modification ou transfert de structures administratives doit, avant son adoption être soumis par le ministre initiateur au visa de l'organe chargé d'examiner les propositions de création, de modification, de suppression ou de transfert des structures et de déterminer les effectifs de l'Etat.

Art. 62 - Les fonctions et emplois prévus par le présent décret sont pourvus dans les conditions et selon les procédures déterminées par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 63 - Les ministères existant sont tenus de se conformer aux dispositions du présent décret dans un délai d'un (1) an à compter de sa date de publication au *Journal Officiel*.

Art. 64 - Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République du Niger.

Fait à Niamey, le 22 novembre 1999

Le Président du Conseil de Réconciliation Nationale

Le chef d'escadron Daouda Malam Wanké.