

PD-ABA-805

A.I.D. EVALUATION SUMMARY - PART I X D 1

1. BEFORE FILLING OUT THIS FORM, READ THE ATTACHED INSTRUCTIONS.
2. USE LETTER QUALITY TYPE, NOT "DOT MATRIX" TYPE.

IDENTIFICATION DATA **ISA 65771**

A. Reporting A.I.D. Unit: Mission or AID/W Office <u>USAID/Niger</u> (E.S.# _____)		B. Was Evaluation Scheduled in Current FY Annual Evaluation Plan? Yes <input type="checkbox"/> Slipped <input checked="" type="checkbox"/> Ad Hoc <input type="checkbox"/> Evaluation Plan Submission Date: FY 89 Q 3	C. Evaluation Timing Interim <input checked="" type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> Ex Post <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

Project No.	Project /Program Title	First PROAG or Equivalent (FY)	Most Recent PACD (Mo/Yr)	Planned LOP Cost (000)	Amount Obligated to Date (000)
683-0254	Niger Health Sector Support	8/28/86	12/31/92	\$15,000	\$13,167

ACTIONS

E. Action Decisions Approved By Mission or AID/W Office Director Action(s) Required	Name of Officer Responsible for Action	Date Action to be Completed
<ul style="list-style-type: none"> o Organization and staffing of the DEP: <ul style="list-style-type: none"> - analysis and recommendations made for changes; - implementation of recommendations; - counterparts be designated for all consultants. o Health information systems: <ul style="list-style-type: none"> - analysis of organization of information systems; - implementation of recommendations; - training plan prepared for all health personnel in revised health information system. o Secretariat: <ul style="list-style-type: none"> - working group formed to plan restructuring of Secretariat; - strengthen USAID financial monitoring of counterpart fund projects - improve documentation of decisions on use of counterpart funds. o Committee of senior GON and USAID staff meet twice annually; o Revise logframe; o Extend long-term technical assistance for at least two years. 	MOH	11/15/89
	MOH	3/15/90
	MOH	As Needed
	MOH	9/15/90
	MOH	12/31/90
	MOH	11/15/89
	MOH/MOP USAID Oumarou Kané	3/15/90 immed.
	USAID Oumarou Kané	immed.
	MOH/MOP/USAID	3/15/90
	Margaret Neuse	2/15/90
Margaret Neuse	2/15/90	

(Attach extra copies if necessary)

APPROVALS

F. Date Of Mission Or AID/W Office Review Of Evaluation: _____ (Month) _____ (Day) _____ (Year)

G. Approvals of Evaluation Summary And Action Decisions:

Name (typed)	Project/Program Officer	Representative of Borrower/Grantee	Evaluation Officer	Mission or AID/W Office Director
	M. Neuse, S/HDO	Mme. Gado Hadiza, MSP/DEP	E. Kerst, PDO	G.F. Eaton, DIR
Signature	<i>M. Neuse</i>	<i>Mme. Gado Hadiza</i>	<i>E. Kerst</i>	<i>G.F. Eaton</i>
Date	5 Feb. 90	2 Mars 1990	2/9/90	MAR - 6 1990

ABSTRACT

H. Evaluation Abstract (Do not exceed the space provided)

The Niger Health Sector Support Grant Program (NHSS) aims to provide the Government of Niger (GON) with budgetary support while carrying out policy reforms to make health services more efficient and to provide recovery of costs in the health sector. The program is being implemented by the Ministry of Health (MOH) and the Ministry of Plan (MOP) with technical assistance provided through an institutional contract with Tulane University. The mid-term evaluation (7/89-9/89) was conducted by an external team composed of two U.S. contractors and four Nigeriens. The team reviewed program documents, interviewed program staff (MOP, MOH, and USAID) and relevant donors, and made site visits. An evaluation steering committee was formed composed of MOH, MOP and USAID staff, which offered guidance during the evaluation and reviewed draft and final copies of the evaluation report. The major findings and conclusions of the evaluation were:

The program has worked well for Niger and progress has been made in the areas of cost recovery, reduction of cost of essential drugs, management of information, laws regarding contraceptive use, and population policy.

The first portion of counterpart funds has been allocated appropriately and usefully to fund subprojects.

The Secretariat which manages the counterpart funds is itself poorly managed.

The Directorate of Studies and Programming (DEP) is understaffed.

Policy reform has proved more complex and required more input from the Nigeriens and technical assistants than had been expected.

The problems of management and insufficient staffing have meant that activities are poorly documented.

Some modifications to the Program Grant may be necessary in order to accomplish the program's major goals by the Program Assistance Completion Date (PACD).

C O S T S

I. Evaluation Costs

1. Evaluation Team		Contract Number OR TDY Person Days	Contract Cost OR TDY Cost (U.S. \$)	Source of Funds
Name	Affiliation			
Anne-Marie Foltz	URC	47		
Anu Levin	URC	36		
Yahaya Amadou	MOH	30		
Souley Li Moustapha	MOH	30		
Hamidou Doullayi	MOP	30		
Moussa Aminatou	MOP	25		
	TOTAL	198	54,428	NHSS Grant

2. Mission/Office Professional Staff

Person Days (Estimate) 6

3. Borrower/Grantee Professional

Staff Person Days (Estimate) 12

not including team members

A.I.D. EVALUATION SUMMARY - PART II

SUMMARY

J. Summary of Evaluation Findings, Conclusions and Recommendations (Try not to exceed the three (3) pages provided)
Address the following items:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Purpose of evaluation and methodology used • Purpose of activity(ies) evaluated • Findings and conclusions (relate to questions) | <ul style="list-style-type: none"> • Principal recommendations • Lessons learned |
|--|--|

Mission or Office:
USAID/NIGER

Date This Summary Prepared:
1/10/90

Title And Date Of Full Evaluation Report:
Mid-term Evaluation of the Niger Health Sector Support Grant - September 1989

The Niger Health Sector Support Grant (NHSS) (683-0254) signed on August 28, 1986, is a \$15 million sector grant to provide assistance to the Government of Niger (GON) over a five-year period to meet two broad purposes. First, it is intended to facilitate policy and institutional reforms through policy dialogue, training, and technical assistance; this policy reform agenda is consistent with GON efforts to reallocate resources in the health sector, increase its absorptive capacity and improve management, and address structural weaknesses and other practices identified by USAID and others as inappropriate for the GON's expressed policies. Second, the Grant will provide conditional budgetary resources for support of counterpart contributions or local currency requirements of selected health, nutrition, and population programs. The Grant funds are divided into two parts: \$4.5 million for long- and short-term technical assistance, long-term training, evaluation and audit; and \$10.5 million divided into five increments which are to be transferred to the GON when a full series of objectively verifiable indicators or conditions precedent (CP) have been met.

A mid-term evaluation is required under the Grant Agreement and was to take place at the end of the second year of the program, i.e., the summer of 1988. However, given the delays in start-up of activities, it was postponed to the spring of 1989 to coincide with the approximately two years of actual implementation. Further delays in pulling the evaluation team together resulted in the evaluation taking place in September 1989. The purpose of the evaluation was to:

Assess the impact of the policy reforms of the NHSS and the extent to which it is meeting the purposes of the Grant;

Assess the achievement (or failure) in carrying out the scheduled policy changes and the management and use of local currency;

Identify the reasons for the program's achievement (or failure);

Propose appropriate means for continuing the success or measures to correct the problems.

The evaluation team was external to the program and was composed of two U.S. contractors, two staff members from the Ministry of Health (MOH) and two from the Ministry of Plan (MOP). The team reviewed program and related documents, interviewed program staff and relevant donors in the field, and made site visits to four health facilities and to one village health team (VHT). An evaluation steering committee, consisting of representatives from the MOH, MOP and USAID, met periodically during and after the evaluation to discuss progress, resolve conflicts and to review the drafts and final document.

During its first two years of operation, the NHSS has worked well for Niger: progress is being made toward devising cost recovery systems that can be tested; work has begun to improve the accounting system at Niamey hospital to improve cost recovery; the Government of Niger has adopted a list of essential medications which are sold at reduced prices; alternate schemes are under consideration to lower costs of drugs purchased by the parastatal pharmaceutical monopoly; a management information system is being developed; a law authorizing the use of contraceptives has been implemented; a plan for a population policy has been proposed. In addition, the first portion of counterpart funds has been allocated appropriately and usefully to projects which fall within the grant guidelines.

These successes have been achieved despite many problems encountered. The implementation of the grant agreement has been much slower than foreseen, running at least two years behind the original schedule and the evaluation estimates that it will take at least until the beginning of 1990 to complete the second set of conditions precedent.

Policy reform has proved more complex and required more input of energy from the Nigeriens and technical assistants than had been expected. Thus, although progress has been made in some areas, others such as the development of planning, health manpower resource reallocation, and evaluation of policy/planning activities have received less attention. The information system at the central and regional levels needs considerably more attention if it is to fulfill its role to provide the Ministry with the documentation necessary for planning, management, and policy analysis.

Several constraints were identified, some organizational, some resource driven. These were as follow: The Secretariat which manages the counterpart funds is itself poorly managed. This is a problem of many years standing (the same bureau serves the Agriculture Sector Grant) and has not succumbed to the many and various remedies applied, including technical assistance. The problem is most likely structural, that the Secretariat is an autonomous administrative entity functioning outside the usual bureaucratic channels.

The Directorate of Studies and Programming (DEP) within the Ministry of Public Health which is charged with carrying out and monitoring the grant activities is greatly understaffed. While the Grant activities have likely doubled its workload, the number of professional staff within the unit remains the same. Meanwhile, the organization of the DEP has not yet been modified to adapt to its expanded responsibilities. As a result, neither it, nor the Ministry as a whole, has been able to benefit fully from in-service training by technical assistants, nor been able to devote sufficient attention to developing an integrated information system. Thus, the institutions necessary for Nigerian mastery of Program activities are not yet sufficiently developed.

The policy areas selected for reform in the Grant agreement are timely and important: the technical assistants have aided the Ministry to produce a quantity of reports on cost recovery in hospitals and out-of-hospitals, cost-containment, budgetary allocation, and hospital accounting practices.

The problems of management and insufficient staffing have meant that activities are poorly documented: GON semi-annual reports required under the grant agreement are not submitted; financial reports on counterpart funds leave much to be desired. USAID officials have been diligent in monitoring the programmatic aspects of the project, but have not successfully followed the financial aspects.

Taking into account the Grant program's achievements and continuing vigorous activity, the evaluation recommends that mid-course corrections be instituted to permit accomplishment of the program's major goals, to permit institutionalization of its activities and yet, not to overwhelm the human resources available. A summary of the major recommendations follows:

1. Add conditions precedent (CPs) relating to institution-building. [esp. Rec: A.2.b.(2)]

GON/USAID Committee Response: CPs for institution-building should not be added. This recommendation seems to contradict the analysis of the evaluation team that there are too many conditions precedent and that occasionally they are too rigid. Actions relating to institution-building will be taken without adding more CPs; the analysis of the staffing and structure of the DEP has been completed and the proposals are under consideration in the MOH. The analysis of the statistical services of the Ministry is now included in the scope of work for the extension of the long-term technical assistance contract.

2. Down-play and reformulate the CPs relating to health personnel and national health planning. [esp. Rec: E.1.(3)]

GON/USAID Committee Response: The conditions precedent for health personnel and health planning should not be dropped, as they are too important to the utilization of health resources to be postponed. However, the CP's for tranches 3-5 may warrant re-formulation once the reports for the second tranche analyses are available.

3. Re-structure the Secretariat. [esp. Rec: A.1.(1)]

GON/USAID Committee Response: The Secretariat structure needs to be reviewed in conjunction with the Agriculture Development Sector Grant, which shares costs and services. A GON/USAID Committee will meet to consider options for its restructuring.

4. Revise the Impact Indicators for policy reform and counterpart funds. [esp. Rec: E.2.a.(1)]

USAID Committee Response: The members of the committee requested that the USAID health office develop a proposal for revision of the logframe as part of the PAAD Amendment. The Committee did agree with the evaluation team that purpose level indicators could not be pre-determined for the use of the counterpart funds and that the NHSS should take credit for whatever the counterpart funds were used for.

Other Comments/Considerations:

- The Ministry of Plan should be pressured to play a stronger, more active role in health policy reform.

The Ministry will become more active in the Program when the high level GON/USAID committee for policy review is instituted.

ATTACHMENTS

K. Attachments (List attachments submitted with this Evaluation Summary; always attach copy of full evaluation report, even if one was submitted earlier; attach studies, surveys, etc., from "on-going" evaluation, if relevant to the evaluation report.)

Mid-term Evaluation of the Niger Health
Sector Support Grant - September 1989

COMMENTS

L. Comments By Mission, AID/W Office and Borrower/Grantee On Full Report

Both Steering committees, that composed of the key ministries and USAID and that of just USAID members, found the scope of work for the evaluation adequately defined for the purposes of assessing progress made toward objectives and recommending the strengthening or modifying of strategies/activities. The evaluation team was found to be sufficiently experienced in a variety of health related areas so as to have a solid foundation upon which the NHSS could be evaluated. Given the relative newness of program grants and the wide spectrum of interventions represented by the NHSS, this was not a simple or easy evaluation to undertake. In general, the evaluation report reflects a successful review of the NHSS and presents some useful and constructive recommendations.

The evaluation team was made up of two expatriate and four local team members. This caused some logistical problems as the team required more transportation support than foreseen and it was difficult to find all team members available to meet at the same time. It was also mentioned that the Nigerien team members were not always available to work with the team due to other work obligations. In the future, team members should only be selected that are free to give 100 percent of their time for the duration of the evaluation. Also numbers of evaluation team members should be kept to the minimum number necessary. The length of time given the evaluation should have also been longer given the time consuming requirement of working and drafting in two different languages, French and English and the sheer complexity of the NHSS. By adding more time to compensate for this it is possible that the evaluation report could have been completed in country before the departure of the expatriate team members.

XID-APA-805-A
152 65772

**MID-TERM EVALUATION OF THE
NIGER HEALTH SECTOR SUPPORT GRANT
SEPTEMBER 1988**

Membres de l'Equipe:

Dr. Anne-Marie Foltz, URC, Chef de l'Equipe

Ann Levin, URC

Dr. Yahaya Amadou, DDS Tillaberi

Souley Ilé Moustapha, DFEPS/MPH

Hamidou Doulayi, DPP/MP

Aminatou Moussa, DAEP/MP

^

TABLE OF CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY.....	iv
ACKNOWLEDGEMENTS.....	vi
ABBREVIATIONS.....	vii
I. INTRODUCTION.....	1
A. Background.....	1
B. Method of Evaluation.....	3
C. Format of this Report.....	4
II. DESCRIPTION OF ACTIVITIES OF THE HEALTH SECTOR GRANT	
A. The Conditions Precedent and Progress towards their Accomplishment.....	4
1. The Conditions Precedent to the First Disbursement of Local Currency Funds.....	4
2. The Conditions Precedent to the Second Disbursement of Local Currency Funds.....	4
3. Summary of Progress toward 2nd disburse.....	9
B. Utilization of Local Currency Funds.....	10
1. Selection of the Projects.....	10
2. Projects Approved.....	11
C. Training.....	12
1. Long-term Training.....	12
2. Short-term Training.....	12
3. Seminars.....	12
4. Computer Training.....	12

III. ANALYSES	14
A. Development of Institutional Capacity	14
1. Management of Counterpart funds	14
2. Management and Activities of Ministry of Public Health	16
a. Structure, responsibilities, DEP	17
b. National Health Information System	21
3. Responsibilities and Activities of Ministry of Plan	24
B. Analysis of Policy Reforms	24
C. Utilization of Counterpart Funds	27
D. Technical Assistance and Management by USAID	33
1. Technical Assistance	
a. Long-term	33
b. Short-term	35
2. USAID Grant Management	35
E. Objectives, Conditions Precedent and Impact Indicators: Appropriateness and Feasibility	36
1. Appropriateness and feasibility	37
2. Impact Indicators	39
3. Impact of Program's reforms to date	41
IV. RECOMMENDATIONS	46

APPENDICES

Appendix 1: Work Plan of the Evaluation Team

Appendix 2: Persons Interviewed

Appendix 3: Documents Consulted

TABLES

Figure 1: Organization Chart, Ministry of Public Health.....	18
Table 1: Political Environment of Health Policy Reforms.....	26
Table 2: Projects Approved: Counterpart Funds.....	28
Table 3: Percentage of funds allocated to Projects.....	30
Table 4: Percentage of funds disbursed to Projects.....	32
Table 5: Indicators for Evaluating NHSSG Activities.....	42

SUMMARY

The Niger Health Sector Grant Program is an ambitious, innovative mechanism to provide the Niger government with budgetary support while carrying out policy reforms to make health services more efficient and to provide recovery of costs in the health sector.

During its first two years of operation, the program has worked well for Niger: progress is being made toward devising cost recovery systems that can be tested; work has begun to improve the accounting system at Niamey hospital to improve cost recovery; the Government of Niger has adopted a list of essential medications which are sold at reduced prices; alternate schemes are under consideration to lower costs of drugs purchased by the para-statal pharmaceutical monopoly; a management information system is being developed; a law authorizing the use of contraceptives has been implemented; a plan for a population policy has been proposed. In addition, the first portion of counterpart funds has been allocated appropriately and usefully to projects which fall within the grant guidelines.

These successes have been achieved despite many problems encountered. The implementation of the grant agreement has been much slower than foreseen, running at least two years behind the original schedule; we estimate it will take at least until the beginning of 1990 (more than two and one-half years) to complete the second set of conditions precedent.

Policy reform has proved more complex and required more input of energy from the Nigeriens and technical assistants than had been expected. Thus, although progress has been made in some areas, others, such as the development of planning, health manpower resource reallocation, and evaluation of policy/planning activities have received less attention. The information system at the central and regional levels, needs considerably more attention if it is to fulfill its role to provide the Ministry with the documentation necessary for planning, management, and policy analysis.

Several constraints were identified, some organizational, some resource driven. These were as follows: the Secretariat which manages the counterpart funds is itself poorly managed. This is a problem of many years standing (the same bureau serves the Agriculture Sector Grant) and has not succumbed to the many and various remedies applied including technical assistance. The problem is most likely structural, that the Secretariat is an autonomous administrative entity functioning outside the usual bureaucratic channels.

The Directorate of Studies and Programming (DEP) within the Ministry of Public Health which is charged with carrying out and monitoring the grant activities is greatly understaffed. While the Grant activities have likely doubled its workload, the number of professional staff within the unit remains the same. Meanwhile, the organization of the DEP has not yet been modified to adapt to its expanded responsibilities. As a result, neither it, nor the Ministry as a whole, has been able to benefit fully from in-service training by technical assistants, nor been able to devote sufficient attention to developing an integrated information system. Thus, the institutions necessary for Nigerien mastery of Program activities are not yet sufficiently developed.

The policy areas selected for reform in the Grant agreement are timely and important: the technical assistants have aided the Ministry to produce a quantity of reports on cost recovery in hospitals and out-of-hospitals, cost-containment, budgetary allocations, and hospital accounting practices.

The problems of management and insufficient staffing have meant that activities are poorly documented: Government of Niger semi-annual reports required under the grant agreement are not submitted; financial reports on counterpart funds leave much to be desired. USAID officials have been diligent in monitoring the programmatic aspects of the project, but have not successfully followed the financial aspects.

Taking into account the Grant program's achievements and continuing vigorous activity, we recommend that mid-course corrections be instituted to permit accomplishment of the program's major goals, to permit institutionalization of its activities and yet, not to overwhelm the human resources available. These recommendations are made with a view toward facilitating institutional development that will permit the Government of Niger to sustain program activities after assistance ends.

The recommended modifications are summarized as follows:

- 1) Redefinition of priorities in order to improve management capacity and increase the Government of Niger's allocation of human resources to priority Program activities; in particular to reorganize the Secretariat, the DEP, and Ministry of Public Health central and regional statistical services to assure that the organization and personnel of these bureaus are sufficient to carry out their responsibilities;
- 2) Activities or actions which need to be undertaken before signature of an agreement on the continuation of long-term technical assistance;
- 3) Modification of conditions precedent to take into account higher priority management objectives and decreased emphasis on lower priority issues;
- 4) Responsibilities of the Government of Niger, USAID, and long-term technical assistance team;
- 5) Indicators to be used for assessing impact of program activities.

ACKNOWLEDGEMENTS

The Evaluation Team wishes to thank the officials of the Government of Niger, USAID, and other donor agencies, as well as the Tulane-Abt technical assistance team for their help in sharing with us in interviews their views on the Niger Health Services Sector Grant Program and in providing us with the documents necessary to carry out this evaluation. The members of the Supervisory Committee met with the evaluation team on July 28, August 10, and August 31, 1989, providing valuable feedback for conducting this study and drafting the report. Our thanks go also to the individuals who provided detailed written commentary on the draft report circulated on August 28: Ousseyni Djibo, Margaret Neuse, Jim Setzer, Ian Sliney, and Marcia Weaver. Finally, our appreciation goes to our translators, Nicholas Nianduillet and Sahar Amer, and to USAID and the Tulane-Abt team for logistical support.

ABBREVIATIONS

ASDG:	Agriculture Sector Development Grant
Comité de Gestion:	Comité de Gestion de la Subvention au développement sanitaire (Management Committee for the Health sector grant)
DAAF:	Direction des Affaires Administratives et Financières, (Directorate for Administrative and Financial Affairs), MPH
DEP:	Direction des Etudes et de la Programmation, (Directorate of Studies and Programming) MPH
DES:	Direction des Etablissements de Soins, (Directorate of Health Facilities), MPH
DIS:	Division des Infrastructures Sanitaires (Division of Health structures), DES/MPH
DDS:	Direction Départemental de la Santé or Directeur Départemental de la Santé (Departmental Health Directorate or Departmental Health Director), MPH
DFEPS:	Direction de la Formation et de l'Education pour la Santé (Directorate of Training and Education for Health), MPH
DFI:	Direction du Financement des Investissements (Directorate of Financing of Investments), MP
DPP:	Direction du Plan et de la Programmation (Directorate of Planning and Programming), MP
DSI:	Direction des Statistiques et de l'Information (Direction of Statistics and Information), MP
MP:	Ministère du Plan (Ministry of Plan)
MPH:	Ministry of Public Health
MSF:	Médecins sans Frontières (Physicians without Borders)
NHSSG:	Niger Health Services Sector Grant
ONPPC:	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (National Bureau for Pharmaceutical Products)
PEV:	Programme Elargi de Vaccination (Expanded Program of Immunization)
PIL:	Program Implementation Letter

PMI: Protection Maternelle et Infantile

Sécretariat: Secrétariat for the Management Committees of the Health and Agriculture Sector Grant programs.

RHIP: Rural Health Improvement Program

SMI: Santé Maternelle et Infantile (Maternal and Child Health)

SNIS: Système National d'Information Sanitaire (National Health Information System)

TO: Télégramme Officiel

USAID: United States Agency for International Development

VHT: Village Health team

I. INTRODUCTION

A. BACKGROUND

The Niger Health Sector Support Grant (NHSSG) has a two-fold purpose: to assist the Government of Niger (GON) "to achieve desirable and significant health and population policy reforms and [to] relieve financial constraints to key health services, particularly preventive and promotive services focusing on child survival."¹ The mechanism is to provide budgetary support for selected health and population projects through a counterpart fund with the disbursements conditional on the accomplishment of certain tasks (e.g. studies completed, reforms implemented) and to provide technical assistance.

The structure of the program is an innovative departure from standard project grants since it permits the GON to plan and manage the counterpart funds within the guidelines of the Agreement. Further, it encourages policy reform by providing technical assistance for the development of planning and management capacity. The GON and USAID pioneered this type of grant agreement with the signing of the five-year Agriculture Sector Development Grant (ASDG) in 1984.

The Health Sector grant agreement was signed in August 1986 for \$15 million over five years with \$4.5 million allocated for technical assistance and the rest to be allocated to the counterpart fund. The GON fulfilled the conditions necessary for the first disbursement of \$2.1 million in August 1987.

In February 1988², the Ministry of Health and Social Affairs formally created the Direction des Etudes et de Programmation (DEP: Directorate of Studies and Programming). This unit was designated to carry out the activities of the Grant program. Three long-term technical assistants from Tulane-Abt took up their posts in the Ministry of Health within the new DEP in February 1988. During the next year and a half, they were seconded by short-term consultants who carried out specific studies.

The Health Sector Grant and that of the Agriculture Sector as well, is in keeping with the programs of the International Monetary Fund and World Bank to provide institutional support while the Government of Niger undertakes a structural adjustment policy which is to provide support for economically remunerative sectors and encourage cost recovery for social and health activities. The Health Sector Grant, in fact, was designed to complement and take account of the activities of the World Bank's health program. Since the World Bank's program has experienced delays, the donors and the Government of Niger, in a series of meetings, reprogrammed three studies which were then carried out under the Sector Grant, rather than by the World Bank.

¹ Niger Health Sector Support Grant Agreement, Section 2.1

² February was cited as the date of the DEP's creation in its first director's Rapport d'Activité--Année 1988, p.1. Others have cited January as the date of creation.

Specifically, the Health Sector Grant foresaw the development of six types of activities³:

1. Increase cost recovery measures in curative services in order to improve sustainability of public health services;
2. Contain unit costs in hospital services and pharmaceutical supply systems in order to make more efficient use of available financial resources;
3. Reallocate financial resources of the MOH to allow increased spending on primary and secondary services, and to allow a proportionally larger budget for consumable supplies;
4. Improve management of existing human and material resources, upgrade staff ability to design, implement and supervise preventive and promotive health programs, particularly child survival;
5. Increase institutional capacity to plan, manage and monitor health programs and services; and
6. Promote development of national population policies and increase access to family planning services."

The NHSSG has been amended three times to date. The first two amendments are technical relating to the addition of funds to the grant. The third amendment, approved in August 1989, rearranged some of the conditions precedent to accord with a changing policy environment and extended the grant's life for a year until the end of 1992 to take account of its delayed beginning.

Many elements of the Health Sector Grant's design were adopted from the experience of the Agriculture Sector Development Grant which had been implemented more than two years earlier. The most important common element was the creation of a Management Committee composed of representatives from the relevant Ministries and USAID and presided by the Director of Financial Investments in the Ministry of Planning. This Management committee allocates the counterpart funds with the assistance of a Secretariat, whose role is to provide technical support as well as to monitor and supervise projects funded under the Grant. This Secretariat had been created as an autonomous administrative unit when the Agriculture Grant was implemented and was supported through grant funds. This structure has been maintained for the Health Sector Grant.

The designers of the NHSSG, drawing on the experience of the Agriculture Grant, attempted to specify clearly the actual tasks and policy reforms which would have to be completed before each of the five disbursements of the counterpart funds could take place. This resulted in the development of a complex agreement: a series of steps had to be undertaken contingent upon an earlier set of steps having been accomplished. This phased

³ Niger Health Sector Support: Program Assistance Approval Document, pp. I-1 to I-2.

approach has its advantages in terms of clarifying expectations. Its disadvantage lies in its inflexibility when confronted by a changing policy environment.

B. METHOD OF EVALUATION

The Grant agreement called for a mid-term evaluation. Since the Grant agreement was first implemented a full year after its signature, this evaluation is taking place two years after implementation, at approximately the midpoint of the activities, rather than two years after the grant was signed.

USAID and the GON agreed that the evaluation team should be composed of Americans and Nigeriens. The Americans, from University Research Corporation, were Dr. Anne-Marie Foltz, planner/organizational specialist/chief of party and Ms. Ann Levin, health economist. Two Nigeriens were from the Ministry of Public Health (MPH), Dr. Yahaya Amadou, DDS (Director of the Department of Tillaberi), and Mr. Souley Lié Moustapha, from the research office of the DFEPS (Division of Training and Public Health Education); and two Nigeriens were from the Ministry of Planning (MP), Mr. Hamidou Doullayi, Chief of the bureau of health and demography, Division of Programs and Planning, and Mrs. Moussa Aminatou, Chief, Division of social reforms, Division of Economic Analysis and Planning.

The American evaluators arrived in Niamey on July 27, 1989. A first meeting was held on July 28 when the evaluators were presented to a larger supervisory committee composed of representatives from the Ministries of Health and Plan and from USAID. On August 10, the evaluation team presented its work plan to this committee which discussed and approved the plan with a few clarifications. In particular, it was suggested that the evaluation team need not follow the original logframe of the program, and could propose revisions.

The scope of work called for assessment of four major aspects of the program: impact of policy and institutional reforms; implementation of policy reforms; use of counterpart funds; and administration and management. The evaluation team developed the questions which it needed to answer in the course of its study, carried out interviews, collected and reviewed documents, and made site visits to four health facilities (Balleyara, Bonkougou, Say, and Karma) and to one village health team (Chiwil). (See Appendix 1 for the Work Plan.) The persons interviewed are listed in Appendix 2; the documents reviewed are listed in Appendix 3. In all, the team interviewed 58 persons. The team then developed a draft of the report which was distributed to the larger supervisory committee on August 28 and discussed at a meeting of this group in August 31.

The American evaluators were available to work full-time, but some of their Nigerien counterparts were hampered by not having been released from their routine Ministry work. As a result, their participation was more limited than the team members would have wished.

C. FORMAT OF THIS REPORT

The Evaluation Report that follows is in three parts. In Chapter II we describe the activities undertaken under the Health Sector Grant and how they meet the conditions precedent set out in the Agreement. In Chapter III, we analyze selected aspects of the Grant's objectives and structures. These are: the development of institutional capacity in planning and management; implementation of political reforms; uses of the counterpart funds; roles of technical assistance and USAID; and finally evaluation of impact and indicators. In the final part, Chapter IV, we bring together the recommendations from the earlier sections.

II. DESCRIPTION OF ACTIVITIES OF THE HEALTH SECTOR GRANT

A. THE CONDITIONS PRECEDENT AND PROGRESS TOWARDS THEIR ACCOMPLISHMENT

1. The Conditions Precedent to the First Disbursement of Local Currency Funds

In the grant agreement, the first disbursement of U.S. funds was contingent on the Nigerian government meeting certain conditions. These conditions include:

- a. Formal designation by the Ministry of Public Health and Social Affairs of the office empowered to monitor policy reform measures under the program and provision of a copy of the written attributions of this office
- b. The establishment of a special local currency bank account in a bank chosen by USAID for the disbursements
- c. Plan for implementation of the policy changes to be undertaken prior to the second disbursement
- d. Evidence that accounting and reporting procedures and practices acceptable to USAID have been established

According to the Program Implementation Letter (PIL) No. 8 of Sept. 1, 1987, these conditions were met. The Ministry of Public Health and Social Affairs named the Study and Planning Unit of the Ministry as the office that would monitor health policy reforms. Although the unit was designated to serve as the counterparts to the technical assistance team that arrived in February 1988, specific counterparts were not officially designated until July 1989.

The other conditions were fulfilled through the following actions: A special bank account was opened at the Treasury for the deposit of local currency, fulfilling the second condition. The plan for the implementation of the studies and reforms required to meet the Second Conditions Precedent was submitted, noting that the section on family planning and population policy would be elaborated as part of the development of the USAID Family Health and Demography Project. For the fourth condition, the Ministry of Plan stated that the accounting procedures already established for the Agricultural Sector Grant will also be used for the Health Sector Grant.

2. The Conditions Precedent to the Second Disbursement of Local Currency Funds

A second set of conditions precedent needs to be fulfilled prior to the second disbursement of funds. The original conditions precedent have recently been revised through a third amendment to the Grant since there was general agreement that some improvements in design were necessary.

The revisions of the conditions precedent involved, in many cases, moving some of the activities required for the second disbursement of funds to be instead required for the third disbursement. For example, for the cost recovery activities in hospitals, the action

plan to improve reception facilities has been postponed - a report rather than the establishment of a system has to be prepared on integrating patient registration and medical fee collection at Niamey Hospital, and an accounting system needs to be developed rather than implemented in the National Niamey Hospital. Rather than pilot studies of cost recovery options in non-hospital health facilities being started, only one pilot study is required for the second disbursement. The other studies are required for the third disbursement. Other changes include the updating of health personnel data rather than an action plan and schedule prepared for improved distribution of available health personnel, and a study completed on village health teams and plan for operational research developed rather than operational research begun.

The third amendment also added to the third disbursement conditions activities that had been omitted from the design, such as analysis of the allocation of the health investment budget to personnel and hospital services. Also, an analysis of the costs and utilization of the hospital fee structure has been added. Another change involved taking the activities of essential drug pricing out of the cost recovery section and placing them under the cost containment section.

The following are the revised conditions precedent and the activities undertaken towards fulfilling them (the conditions precedent are in boldface):

a. **Cost Recovery**

1) **Hospitals**

A report is to be prepared showing the amount of costs recovered through enforcement of hospital collection according to the 1962 hospital fee legislation, as well as a report analyzing patient registration and fee collection systems at Niamey Hospital. An accounting system is also to be developed for Niamey Hospital to permit analysis of all operation costs.

The activities in this category are well under way. Data about costs recovered of the National Niamey Hospital were published in the hospital's 1988 Activity Report. Data on costs recovered in other hospitals are being collected by Marcia Weaver, Kadi Handou and Zeinabou Mohammed.

A report was prepared on the options for the collection of fees at the National Hospital of Niamey by a short-term consultant, Taryn Vian. This report proposed that a hospital management consultant study the system to make recommendations.

Research on the accounting system at the Niamey National Hospital has begun. Taryn Vian assessed what studies are needed to improve the accounting system. She also wrote a paper on the choice of key indicators necessary to evaluate the financial state of the hospital and recommended that a consultant be hired to design an improved accounting system. Nouhou Tari, a local consultant, is presently developing the new accounting system for the Hospital.

Other studies that have been completed are actually not required until the third set of Conditions Precedent. These include a study on costs at the Niamey National Hospital

by Holly Wong, a short-term consultant, and a study on utilization of services and payments at the Hospital of Niamey by Marcia Weaver, Kadi Handou and Zeinabou Mohammed.

2) Non-Hospital Health Services

Detailed plans on selected pilot studies of cost recovery options for basic health services are to be prepared, as well as the implementation of a first pilot project.

The activities in this area to date have been limited to a discussion of the issues and the options involved in cost recovery. The papers written on this subject include a background paper on the participation of the population in health care by Ibrahim Magagi, Rabi Mazou and Marcia Weaver, the report of the Dixieme Journees d'Etudes, a memorandum on cost recovery issues by Marty Mäkinen, a memorandum by Marcia Weaver on potential pilot projects, and a paper by Holly Wong further describing the options for pilot projects.

The technical assistance group is planning with the Ministry to organize a workshop for government officials to discuss cost recovery options.

No decisions have yet been made about the implementation of a pilot project.

b. Cost Containment Measures

A list of approved essential drugs and their prices is to be furnished. Also, a mechanism to monitor the application of this essential drug list and assess the cost savings is to be developed.

A list of essential drugs was prepared and revised and then adopted by the Prime Minister's Office in January 1989. Lower prices have been announced for these drugs.

The DEP has also created a data base on the consumption of drugs in health facilities that is to be used for monitoring the application of the essential drugs list. No analysis of these data has yet been completed.

c. Financial Resources Allocation

A table is to be prepared showing the allocation of the health budget for 1988 by major classifications so that the allocation of resources can be evaluated. In addition, data analysis is to occur in order to establish system or formulas so that the budget percentages allocated to personnel and hospital services for 1988 can be determined as well as estimates for 1989.

The conditions precedent have been fulfilled for this subject area. Dr. Francis DeCaillet, a French technical assistant, analyzed the percentage of the national budget allotted to health. Karen Budd, a short-term consultant, calculated the percentage of the recurrent budget to personnel and to hospital services, and estimated the number of personnel that will be employed in 1989-1991.

As a result of this analysis, the technical assistant team recommended that the investment budget should be examined as well. This analysis has been added to the third set of conditions precedents.

d. **Resources Management**

The personnel data system is to be updated and norms established for staffing levels and patterns for all types of health structures so that an action plan for reallocation of personnel can be prepared. Also, an overall in-service training program is to be prepared for all levels of personnel in the primary health service programs. Lastly, a study is to be completed on the village health team system, and operations research is to be planned on different supervisory systems for village health teams.

The progress has been slow in this category. Sif Ericsson, a short-term consultant, prepared a paper discussing the imprecision of available data on health personnel as well as methods and recommendations to improve its quality. She also discussed methods of planning personnel utilization and she recommended that the data base be updated and that the DEP and the Directorate of Health Services (DES) develop norms for health care personnel deployment.

The DEP and DAAF updated the personnel data base but no analysis has been completed. These data were not used when decisions were made on the allocation of new graduates by the MPH in July of this year.

Plans for an overall in-service training for personnel involved in primary health service programs have been developed and are under discussion in the Ministry.

A study has been completed by the DEP, the DES and PRICOR on the village health workers system. This report offered a series of recommendations on ways to improve the village health worker system that could be put into effect immediately. It also presented a plan for operational research on different supervisory systems. A seminar was held from June 12-16, 1989, to discuss the results of this study. Presently, a committee is being created to oversee the implementation of the seminar's recommendations of drafting new training and supervision guides, and implementation of operational research.

e. **Health Planning**

The decentralized planning process is to be tested after having identified local, arrondissement and department needs, and the description of the relationship between strategies and financial and human resources.

The management information system is to be developed as well as an action plan to be prepared to improve the use of management information at central and departmental levels.

A legal decision should be taken to give authority to the Directorate of Studies and Programming. Also, an up-dated calendar for studies and

operational research and progress report should be prepared by the Directorate.

1) Planning Process

Short-term consultant Vincent Brown worked with the DEP to produce a paper on how to prepare a national health planning document. He also elaborated a methodology for decentralized planning that included a plan for data collection at all levels of the health system. This plan also included a series of regional and local seminars to work with health personnel to improve their data collection. A recommendation was also made to bring in another consultant to prepare for and aid in implementing pilot tests of decentralized planning.

Tulane University identified candidates for this work. However, the Ministry process for selecting the candidate took so long that the candidates were not available by the time they were re-contacted. Thus, the pilot test has not taken place.

2) National Health Information System

The development of the national health information system was begun as part of the Rural Health Improvement Project, the predecessor project of the Health Sector Grant. This project has developed new data collection forms and installed computers within the DEP. The new forms were pretested in health centers in Kollo, Tera, Dosso, Birni N'Gaoure, Magaria, Maine-Soroa, Diffa and N'Guigmi. The final version of the new data collection forms and the report formats were approved by the Cabinet of the Ministry of Public Health in February 1989.

A seminar had been planned for January 1989 for departmental medical directors and their administrators to discuss the management information systems such as that of personnel currently in place and discuss improvement of these databases as well as feedback mechanisms. However, this seminar was cancelled at the last minute because of a dispute over whether USAID would cover overall costs or certain aspects of the seminar.

In Maradi, a seminar was held from April 24 to May 3 1989 of this year for trainers of trainers from each department to introduce the new health information system forms. The participants included the departmental medical directors, several Ministry officials, several maternal child health center coordinators and other observers. There was considerable debate at the seminar about the new forms and the participants offered suggestions for improvement.

The departmental medical directors were then asked to hold seminars within their departments to teach the use of the new reporting information forms to health center directors, midwives and other personnel. These seminars were held in all departments by the end of June 1989, except Niamey whose seminar was held in August 1989.

Additional seminars are to be held to present the new information system forms to other health personnel within the department. However, problems with obtaining the release of counterpart funds have delayed these seminars.

The project has encountered several problems in obtaining its financing for training and supervision from the counterpart funds. This delay in funding has slowed progress in implementing the new information system.

3) Evaluation

The DEP has prepared its work plan for studies and operational research for 1989. The Ministry has not yet formalized the DEP's attributions.

f. Family Planning and Population Policies

Family planning services should be extended to other departments through a calendar agreed upon by GON and USAID. Also, a plan for improving the institutional capacity in demographic pilot project.

The conditions precedent for this policy area have been met.

1) Family planning

Family planning services have been extended to all departments and 114 health facilities are currently providing services.

A project grant has been signed with USAID that will further extend family planning through constituency development, training, information - education - communication, contraceptive supply and logistics management, management development and operations research. A team of technical assistants is due to arrive in September 1989 to assist with the implementation of this project.

In April 1989, the Government of Niger enacted a law permitting the use and distribution of contraceptives. This is a condition that is not required until the third disbursement.

2) Population policy

A plan for improving institutional capacity in demographic analysis and planning was developed by the Directorate of Statistics and Information at the Ministry of Plan in April 1989.

3. Summary of Progress made towards the Second Disbursement

The Ministry of Public Health has made much progress toward meeting the conditions for the second disbursement. The conditions for two policy areas have been met - financial resources allocation through analyses of the recurrent health budget; and family planning and population policies through the extension of family planning services to all regions and through the development of a plan for improving institutional capacity in demographic analysis and planning. The major policy reform which has taken place, the enactment of a law permitting the use of contraceptives, is not required until the third disbursement.

In another policy area, cost recovery in the hospitals, the activities are proceeding well. Revenues collected in hospitals have been tabulated and several studies have examined the fee collection systems at Niamey Hospital. An accounting system is being developed for Niamey Hospital. In this area, some of the studies not required until the third disbursement have already been completed.

The fulfillment of conditions for cost recovery in the non-hospital health services are moving more slowly since they are dependent on a workshop on cost recovery options scheduled for November.

In the area of cost containment, the Ministry has adopted a list of essential drugs and announced lower prices for them. The development of a database to monitor the application of the essential drug list and its cost savings, is in development.

In the areas of resources management and health planning, progress has been slow. While plans are being discussed in the Ministry for an overall in-service training for personnel in primary health care and while a study has been carried out on the village health worker system, the analysis of the personnel data base for the resources management area has not been completed. Thus, norms for staffing levels and patterns for all types of health structures cannot be established. While much activity has been deployed in the development of the information system, progress has been slowed because of difficulty in obtaining counterpart funds. Activity in decentralized health planning has been at a standstill since a consultant was not identified due to the lengthy selection process of the Ministry of Public Health. Nor has the Ministry yet formally established the attributions of the DEP.

Progress towards meeting the conditions precedent has been hampered in many cases by the difficulty in obtaining disbursement of counterpart funds already approved (See below, Chapter III C). Another constraint has been that counterparts to work with two of the three technical assistants were not officially appointed until mid-July 1989. A third counterpart, that to the chief of party, has not yet been appointed.

B. UTILIZATION OF LOCAL CURRENCY FUNDS

1. Selection of Projects to be Funded

All requests for funding must first be submitted to DEP. If the projects are approved by the DEP, they are sent to the Directorate of Plan and Programs at the Ministry of Plan for review. From there, they are then sent to the Secretariat, the staff of the Comité de Gestion (Management Committee) that are maintained in their own building apart from the Ministry of Plan. The Secretariat monitors and manages the funding for both the Agricultural Sector Grant and the Health Sector Grant of USAID. This staff includes an executive secretary, an assistant executive secretary, two accountants, three financial analysts, a technical analyst for each of the two grants, and two secretaries. A file is to be created for each of the projects and information on the proposals is sent to each of the Management Committee members. USAID holds its own steering committee meetings before the Comité meetings to evaluate the proposals.

The Management Committee meets to choose which projects should be funded. The members of this committee are the President, the Director of the Funds and Investment Directorate at the Ministry of Plan, the project analysts from the Ministry of Plan, representatives from USAID, and representatives from the Ministry of Public Health. The meetings until now have not been regularly scheduled, with three formal meetings held in August 1988, November 1988 and April 1989, as well as one special meeting. According to the new procedures that have recently been approved for the funding process, the Management Committee is to meet twice a year on the second Friday of the month of February and August.

2. Projects Approved

The following are projects that have been approved for funding, the amount of funding, and their dates of approval by the Comité de Gestion:

- Journées d'Etudes de la Santé - 16.759.310 Fcfa¹, no date of approval documented
- Supervision Tournée of the Minister of Public Health - 5,336,810 Fcfa, Approved November 21, 1988
- Support to the Program of the Fight against Diarrheal Disease - 32,078,492 Fcfa, Approved August 8, 1988
- Support to Health Policy Research - 42,000,000 Fcfa, Approved August 8, 1988
- Seminars on Health Policy Reforms - 35,443,000 Fcfa, Approved August 8, 1988
- Program for the Supervision of Village Health Teams - 50,717,600 Fcfa, Approved August 8, 1988
- National Health Information System - November 21, 1988 123,624,990 Fcfa², Approved November 21, 1988
- Support for the Coordination of the Health Sector Support Grant - 50,668,333 Fcfa, Approved April 21, 1989
- Support for the Supervision of Health Services - 30,444,000 Fcfa, Approved April 21, 1989

¹ There is disagreement between USAID and the Secretariat as to how much funding was approved for this project. USAID stated that it approved 16,759,310 Fcfa while Secretariat records show 24,259,310 Fcfa. The discrepancy exists because USAID says it did not approve a line item of per diem within the proposal. The Secretariat, however, maintains that the larger amount was approved and has already disbursed this entire amount.

² There is some confusion about whether this amount has been increased in the form of an amendment or not. A memo by Ousseyni Djibo dated September 1, 1989, indicated that possible additional funding will be allocated to the National Health Information System (22,000,000 Fcfa) and Vaccination Campaign (1,200,000 Fcfa). On the other hand, a memo by Ian Sliney dated September 1, 1989, states that an amendment to the National Health Information System sub-project in the amount of 26 million Fcfa was approved in May 1989.

- Support to Médecins sans Frontières for the Vaccination Campaign- 92.700.000 Fcfa, Approved April 21, 1989
- Support for the Vaccination Campaign - 12.810.000 Fcfa, Approved April 21, 1989

In many cases, grants were approved on condition that the amounts be reduced, usually because of USAID's policy on per diem. For example, the original proposal for the supervision of health services asked for 186,793,000 Fcfa and the amount approved was 50,717,000 Fcfa, because per diem charges were removed.³

C. TRAINING

1. Long-term Training

Three persons have been sent to the United States for long-term training. Two persons are pursuing the degree of Master of Public Health at Tulane University, with one specializing in epidemiology and the other in management. The third person is studying towards the degree of Master of Public Health with a specialty in health economics, at the Boston University School of Public Health.

Funding is available for one more candidate to pursue a degree in statistical methods, survey methods and computer use. However, no candidate with the necessary qualifications has as yet been identified.

2. Short-term Training

Out of the available funding for short-term training, two persons have been sent to the University of Michigan for a summer program on demographic and development economics during 1988 and two persons were sent to Dakar for a session on Management Services for Health workshop on managing drug supplies during the spring 1988. USAID has asked DEP to identify its priorities for the use of the rest of this funding.

3. Seminars

Seminars have been held at the national and departmental levels to introduce the new health information forms to health personnel.

4. Computer Training

The technical assistants in the DEP have offered informal computer training to health administrators in the Ministry. The technical assistance team has begun a formal training session in the use of Word Perfect and Lotus 123 for secretaries within the

³ USAID policy is to provide per diem only when personnel spend the night away from their regular posts, not for working on special projects that are to take place at their regular posts. Despite attempts by donors to concert their policies on per diem and compensation, considerable variation in practices continues.

Ministry. They also plan to send five persons from the Ministry to a computer training session in DBase III in Bamako during the next eighteen months.

III. ANALYSES

As indicated in Chapter II, the Government of Niger has made considerable progress toward meeting the conditions precedent and, in two cases, has actually exceeded the expected timetable. Nevertheless, despite a great effort on the part of the Government and the technical assistance team, the Ministry of Health finds itself moving more slowly along the bench marks than had been previously expected. Although there are now no time limits when a "tranche" is to be completed, the assumption has been that these stages would be accomplished in about one year. At present, two years have elapsed since the disbursement of the first increment. We estimate that the conditions precedent for the second disbursement will not be met until early 1990.

Why is progress slower than expected? What institutional and policy constraints have been encountered?

The following five sections present analyses of the major aspects of the program: development of institutional capacity; implementation of policy reforms; the utilization of counterpart funds; roles of technical assistance and USAID; and the conditions precedent and impact indicators. In each of the sections we examine whether the activities carried out and structures created are likely to lead to achievement of the overall program goals and whether they are capable of providing the methods to document this achievement.

A. DEVELOPMENT OF INSTITUTIONAL CAPACITY

1. Management of Counterpart funds: the Secretariat

Throughout the history of both the Agriculture and Health sector grants, the management of counterpart funds has engendered more commentary and dismay than any other aspect of the grants. The mid-term evaluation of the ASDG in 1987 found management problems at the Secretariat and recommended the replacement of the executive secretary. Although the executive secretary was replaced, the former executive secretary remained as deputy. The same evaluation also found that strict criteria were not being applied in deciding which projects to finance.

The final evaluation of the Agriculture grant in March 1989 noted that the new executive secretary continued to have problems disciplining the personnel despite attempts at organizational restructuring. It also noted that the Secretariat was still not governed under any formal administrative procedures. Although the accounting system had been computerized, the USAID-supported technical advisor to the Secretariat noted that the system still needed improvement.

Our investigation confirms the continued lacunae in Secretariat management. Even with its large staff, the Secretariat's monitoring and processing of counterpart funds continues to be inadequate. Procedures for obtaining funds are not clear and processing of requests for funds is very slow. Grant awardees are forced to visit repetitively the Secretariat to obtain disbursement of funds. The time lags between requesting funds and actually receiving them are often long. For example, a request for a petty cash fund for expenses for a study on hospital utilization was submitted on October 21, 1988. After

several visits to the Secretariat, the disbursement of funds was finally approved on December 23, 1988 when the data collection was already nearly completed. Some activities have had to be delayed because of slow processing. For example, some of the seminars on the new health information system were postponed because of delays in processing the funds requested.

A technical advisor from USAID worked with the Secretariat to improve its management. However, record keeping continues to be poorly maintained. Information such as dates of submission of project proposals and request for funds is missing from the files. Projects have been grouped together, in some cases, solely for the reason that they were approved on the same day. Because of the poor record keeping, there is considerable confusion between USAID and the Secretariat about how much has been approved for a particular project, how much has been disbursed, and how much is still available. In one case where there is a misunderstanding about how much funding was approved for a project, more funding than USAID believes it had approved has been disbursed. In addition, the Secretariat has not monitored the expenditures of projects receiving counterpart funds. In the absence of Secretariat monitoring, the DEP of the Ministry has undertaken this task, by default.

Some steps have been taken to improve procedures and clarify criteria for approval of projects for financing. The agreement signed in August 1989 by the Ministries of Health and Planning and USAID, if implemented, can assist promoters by publicizing the official procedures and providing guidelines for submitting proposals. They should also assist the Management committee in deciding how to allocate project funding. There are still no written procedures for how to obtain disbursement of funds already allocated.

An analysis of the operational structure of the Secretariat is currently being done by Richard Crayne of the Sahel Regional Financial Management Project. This analysis involves a task analysis of the work of the Secretariat and is currently in the data collection phase.

The new guidelines and operational analysis cannot of themselves, however, resolve the management problems within the Secretariat. These problems at the Secretariat, now of nearly five years duration, must be viewed as serious given that they have not been amenable to the many administrative remedies which have been proposed and implemented. The reason for this problem's intractability lies in the structure of the Secretariat itself. The Secretariat was created as an autonomous agency with a staff detached from the civil service operating under uncertain, if any, authority. Thus, no institutional structures within the Nigerien government are engaged and no constituency exists to assure that it functions well.

Moreover, the Secretariat is an administratively anomalous agency which operates solely for the benefit of the Agriculture and Health Sector Grants and will have no useful purpose when the grants end. In fact, its creation is actually at cross-purposes with the goals of sector grants which are envisioned as supporting Nigerien capacity to plan and manage programs within their own Ministries.

If, after five years, an agency is still not functioning appropriately to the purposes for which it was created, one must question whether that structure is appropriate to the task. As a result, one should create another institutional setting which would be more appropriate and functional.

Recommendation A.1.(1). We recommend that a working group of representatives from USAID, the Ministry of Public Health and Ministry of Plan be assembled to plan the restructuring of the Secretariat. This group should consider the following:

- a. Restructuring the Secretariat by reintegrating its functions into the relevant Ministries: by reassigning its technical analysis and project monitoring functions to the Ministry of Health where they now reside, by default, and by reassigning the reduced Secretariat functions (including financial analysis and analysis of conformity to national planning goals) to a small Secretariat within the office of the Direction of Financing of Investments in the Ministry of Plan.¹
- b. The tasks and responsibilities of the revised structures both in the Ministry of Plan and Ministry of Public Health should be spelled out in administrative rules.
- c. In its deliberations and its planning for the future of the management of counterpart funds, the working group should use the information already developed by the Sahelian Regional Financial Management Project and use its services to assist in reorganizing the Secretariat's functions.
- d. The working group should begin this task at once. We recommend that the restructuring of the Secretariat and the activities relating to counterpart funds be under way before the second installment of funds is disbursed. Similarly, the allocation and distribution of counterpart funds should be functioning smoothly before the third installment of counterpart funds is disbursed.

2. Management and Activities of the Ministry of Health

The Grant agreement gives the Ministry of Health considerable responsibility for undertaking studies, evaluations, and seminars necessary to carrying out the policy reforms, for monitoring their progress, for issuing semi-annual reports, for identifying, collecting, and analyzing the data necessary to evaluate the reforms. It is also to coordinate and help

¹ These recommendations apply specifically to the Health Sector Grant. If these recommendations are followed, a similar working group, or a merged working group should meet to develop a parallel structure for the Agriculture Sector Grant.

other Ministries involved in carrying out policy reforms. The Planning unit (Cellule de Planification) under the Secretary General's office was chosen to carry out these functions which fit with most of its earlier designated activities, such as program and project planning, legislation, and statistics.

Since the time that the Grant agreement was signed, the Ministry of Public Health has experienced many changes in personnel and organization. As a result few of the officials who were involved in planning the Grant program are still involved in its implementation. The commitment of the Ministry to the Grant program has remained firm, but the frequent changes of personnel have created constraints to developing smooth administrative procedures.

a. **Structure, Responsibilities, and Activities of the DEP**

In February² 1988, the Ministry elevated the Planning unit to the level of a directorate (DEP), giving it greater visibility within the Ministry. The move formally enhances the DEP's role as coordinator for planning and programming vis-a-vis the other directorates. This move also has the effect of distancing the DEP from the Secretary General's office which may give it more difficulty in coordinating the activities of the other directorates unless the Secretary-General provides strong support and attention. The new Secretary-General appears determined to provide just that. Coordinating the work of the DEP and its sister directorates has been a continuing problem, commented upon by many persons within the Ministry. In fact, its ambiguous role as a directorate, but yet as a coordinator of other directorates is compounded by the fact that the Ministry, in a period of reorganization, has not yet assigned formal responsibilities to the DEP.

The structure and staffing of the DEP remained basically the same as that of the Planning unit. If one compares the organization chart of the Planning unit in late 1987 with that of the DEP in August 1989 (see Figure 1), one finds little difference. One new position has been added for a total of 11 professional civil servants. The actual staff number is, in fact, the same as in 1987 since the position of director of projects and programs is vacant. However, the auxiliary staff has increased to five of whom three are funded under the NHSSG counterpart funds. Also funded by the same source are an accountant and a computer technician.

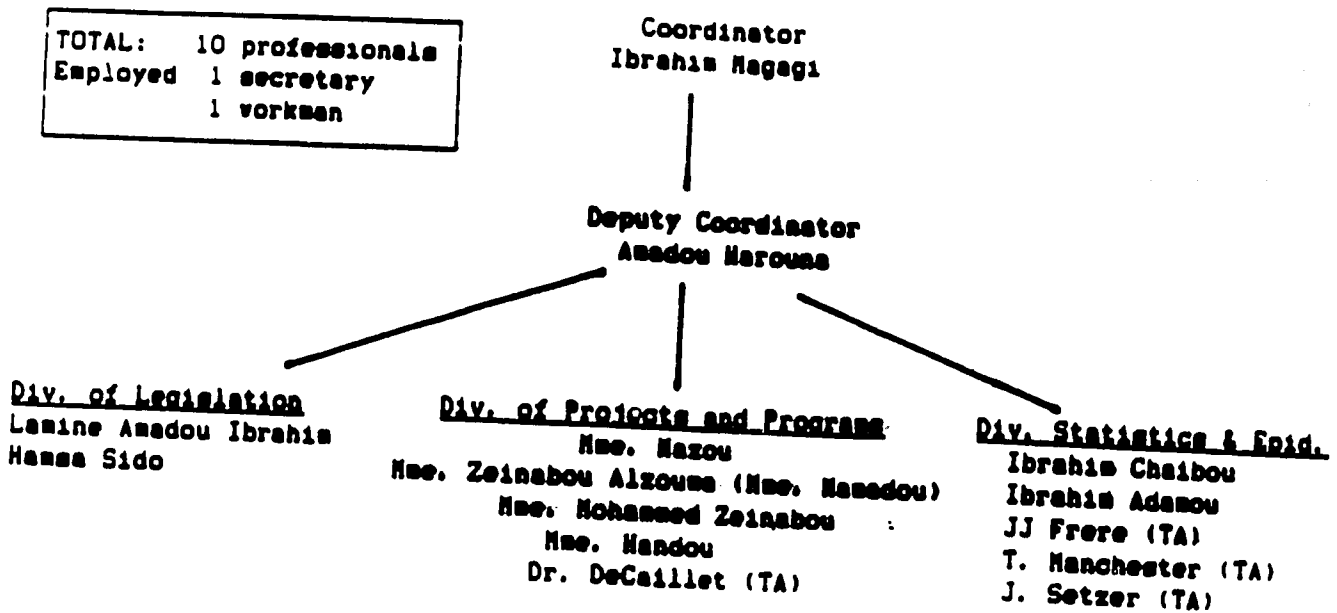
The DEP is composed of two divisions each with a chief: Legislation and International Relations which has a legislative section and a section for international relations; and Projects and Programming which has a section for statistics and epidemiology and one for project and program follow-up. Two of the Tulane-Abt technical assistants are assigned to this latter section, as is a French technical assistant, while one Tulane-Abt technical assistant serves with the Statistics unit.

² February was cited as the date of the DEP's creation by its first director in Rapport d'Activités--Année 1988, p.1. Others have cited January as the date of creation.

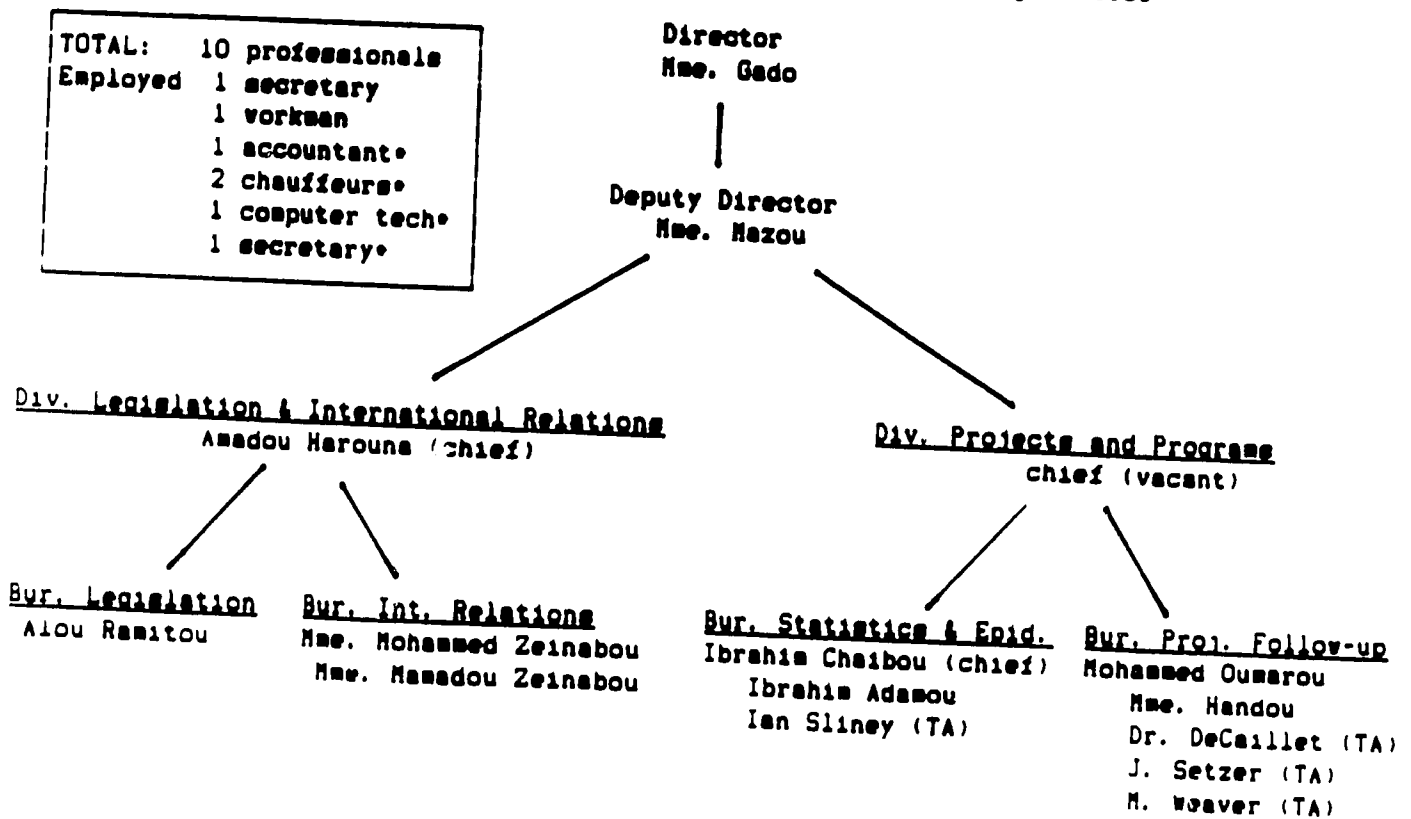
Figure 1

Organization of Selected Units of Ministry of Public Health

a. Planning Unit, end of 1987



b. Direction of Studies and Planning (DEP), August 1989



* Persons on contract paid through counterpart funds
TA= Technical assistance

34

The DEP's responsibilities need to be formally laid out. Up to now, the DEP has been operating under an informal set of responsibilities among which are:³

- Contribute to the design and implementation of the national health plan;
- Identify, prepare, and monitor the implementation and management of programs and projects; study and prepare projects relative to bilateral and multi-lateral cooperation and to private voluntary organizations;
- Organize and develop the information system;
- Carry out technical and economic studies; promote operational research;
- Formulate appropriate health legislation;
- Analyze the effects of health policy;
- Prepare activity reports for the DEP and for the Ministry as a whole; prepare analyses of health statistics.

Three points are important to note. First, the DEP's tasks have increased considerably under the Sector grant. For example, the DEP now reviews all projects before they are submitted to the Secretariat for consideration for funding. Second, the increase in tasks has not been matched by any increase in staff.

Third, the structure of the DEP follows that of the original Planning Unit while its responsibilities have changed. Of the seven types of activities summarized above, five are the responsibility of the Division of Projects and Programs. One additional set of activities, the identification, preparation and monitoring of programs and projects, is shared with the Division of Legislation.

Moreover, the imbalance in responsibility is not reflected in staffing patterns which assign four persons to the Division of Legislation and only one more than that to the Division of Projects and Programs. The presence of technical assistants helps to make up the personnel deficit in the Division of Projects and Programs, but the scarcity of staffing in a unit which carries out the bulk of DEP activity explains the problems the Ministry has encountered in finding counterparts for the technical assistants. This imbalance is great enough that the Ministry should reorganize the DEP to make its divisions more consonant with its tasks.

Despite these difficulties, members of the DEP under the leadership of its Director have succeeded in carrying out many activities related to the grant. The work plan of 1988 details these tasks and the persons responsible for them. Unfortunately, some of the staff assigned were subsequently transferred or left for long-term training. Since no new

³ This list is taken from Rapport d'activités de la Direction Des Etudes et de la Programmation--Année 1988, Annexe 1.

detailed work plan has been approved, it is difficult to know who is responsible for which grant program activities.

The large number of studies which are described in Chapter II of this report, attest to the variety of activities undertaken by the DEP since its creation. Some of these studies have been carried out by technical assistants alone; most of the others by technical assistants working with DEP and other Ministry staff.

As of this writing, the Government of Niger has satisfied two of the six conditions precedent for the second portion of counterpart funds. The other four conditions precedent are within the purview of the DEP and need further work. Notable progress has been made toward satisfying conditions in the program areas of cost recovery and budget allocation. The most laggard is resource management where no data analyses have been carried out, no staffing norms established, and no in-service training plan prepared. In health planning, the decentralized planning process assessment is, for the moment, at a standstill. Within the same area, the health information system needs further work (see below).

Under the pressure of short staff and the necessities of the sector grant, the DEP has, unsurprisingly, chosen to focus on some activities at the expense of others. Some sector grant activities have received less attention than foreseen, and some routine activities which are part of its responsibilities are incomplete. In the first category are, for example, manpower planning, and planning development; and information system development. In the second category are routine activities such as publication of statistical reports and the Ministry's activities report for 1988.

Recommendation A.2.a.(1). We recommend that the Ministry undertake immediately a study of the organization of the DEP. This study should include an analysis of the responsibilities of the DEP and of the tasks carried out by the present staff. The study should also include an analysis of the relationship of the DEP to other directorates and programs in the Ministry. Study methods should include in depth interviews with relevant Ministry personnel. The study authors should, after consultation with Ministry officials, present a plan (or several plan options) for reorganizing the DEP and increasing its staff so that it will, in the future, be able to carry out its responsibilities. The study should also present a clear description for how the technical assistance team will work within the DEP.

A.2.a.(2). The Ministry should regularize the DEP's status by publishing officially its responsibilities.

A.2.a.(3). The implementation of the plan for reorganizing the DEP and for increased staffing should be a condition precedent for the second disbursement.

A.2.a.(4). The DEP should nominate immediately one staff member whose task it will be to supervise the activities of the Program Grant

and will act as counterpart to the chief of the technical assistance team. This person, with advanced training in planning or a related field, will provide leadership for the development of health policy reforms.

b. **The National Health Information System**

The management of the information system deserves special attention because it figures as an important part of the Sector Grant, both in its development and as the source of information for evaluating the effects of policy reforms. Although the Ministry's information system is housed within the DEP's Bureau of Statistics and Epidemiology, this system touches almost all other directorates and programs within the Ministry which more or less share responsibility for its development and maintenance.

The development of the present information system is a continuation of work begun under the NHSSG's predecessor, the Rural Health Improvement Project (RHIP). Important progress has been made. The technical assistance team has helped the Ministry to develop databases on health facilities, equipment, vehicles, health personnel, auxiliary personnel, Ministry utilization of essential drugs, hospital utilization, official telegrams, and cold chain. These databases are well documented and relatively easy to use.

Additional computers have been purchased so that the Ministry now has 23 computers at its disposal. Thirteen Ministry personnel have been trained in computer use with five persons capable of working with the existing data bases. So far, none of these is sufficiently trained to program databases, but further training is planned.

The Ministry has designed new data collection and reporting forms for most of its reporting systems. The new telegramme officiel (TO, official telegram), is a significant simplification over its predecessor. The Rapport des Soins used by health facilities to report outpatient consultations also has a simplified list of pathologies which make it more likely that it will be filled out correctly. The new individual patient record forms for maternal and child health consultations make it easier for health workers to follow up pregnancies-at-risk and children in need of vaccinations. All the new forms are a decided improvement upon the old ones in terms of clarity and presentation.

Translating these considerable achievements into tools that will be routinely used by decision makers remains to be accomplished. Data are not yet routinely available for planning, management, and policy making. This problem was already noted in the evaluation of the RHIP. Yet the Ministry needs these data to evaluate its activities under the Sector Grant. How then can the Ministry make these data more accessible and more useful? The first problem to solve is the fragmentation of the Ministry's statistical services at the central level. Statistical work is fragmented among several directorates and programs: DEP, DAAF, DIS, PEV, SMI, Family Planning. Although nominally the DEP is responsible for statistics and epidemiology, it has only two staff members devoted to these activities.

Additional seminars are to be held to present the new information system forms to other health personnel within the department. However, problems with obtaining the release of counterpart funds have delayed these seminars.

The usual tasks of a statistical service, such as documentation, creating a "carte sanitaire," writing reports and publishing statistical analyses, are carried out by different bureaus or not at all, with no single bureau responsible for their achievement.

The current situation of the statistical services within the Ministry is ambiguous. Although there are individual staff who are responsible for and are, in fact, updating databases, the responsibility for integrating their work and for providing feedback reports is not clear. Our experience was that despite repeated requests, we were unable to obtain statistical reports on 1988 Ministry activities except for a report on the Niamey hospital and one on the 1988 Ministry budget. We were also unable to locate the 1988 Departmental Activities Reports which we were told had been submitted. These experiences suggest that the Ministry needs to reinforce its capacity to generate reports and to maintain documentation.

The lack of integration at the central level creates inefficiency at the local level. Health centers are required to submit many different reports to meet the needs of disparate services and programs. The new health information system has alleviated this problem by simplifying requirements. Nevertheless, health center personnel during our field visits noted that even under the new system, each medical center, for example, will have to fill out seven quarterly reports, one monthly report, and one weekly report.

To integrate statistical services at the central level and still to provide the programs and services with the data they need in a timely manner, is not easy. The program heads need to be willing to give up some autonomy and control in exchange for more reliable data. In return, the centralized statistical services must be able to offer reliable and rapidly processed data. To create such services requires strong leadership and, most important, sufficient staffing.

The Ministry will need to begin now a study to analyze its staffing needs to process and analyze data and to assess how best to organize these services, whether centralized in the DEP, or decentralized throughout the Ministry but with a high degree of coordination. The resolution of these organizational issues is a necessary condition for carrying out the planning and management tasks foreseen under the NHSSG.

A second problem to solve is the lack of sufficient staff trained to carry out the tasks of the statistical services. The DEP has only two persons assigned to statistical information development and even they are often pulled off on other tasks; other directorates have assigned a small number of persons to enter and analyze data among their other work. The total number of persons trained and available to work with statistical data is, as yet, insufficient to provide the Ministry with the data it needs to monitor its activities, much less to measure progress toward Program Grant objectives. Thus, the study of the organization of the statistical services should also include a staffing plan.

With the development of a centralized statistical service and with the implementation of the new information system, the Ministry should begin to plan a series of reports that will be available regularly. These should be collected and published annually in a statistical yearbook.

As the Ministry proceeds with the development of decentralized planning under the Grant Program, the regions will increasingly need to carry out their own statistical analyses. Therefore, the assignment of a statistician to each department will be necessary to assist the regional medical directors (DDS) in planning and management. Since the regions are also responsible for supervision, they can use the reports filed by health centers to supervise their personnel and activities and thereby to improve the quality of care. Regional efforts to improve the reliability and precision of the tri-monthly and monthly reports can serve officials as management as well as planning tools. Therefore, training to use the health information system should be closely linked to ongoing supervision and training.

If the Ministry can redirect its energies to the reorganization and improved staffing of its statistical services both regionally and centrally, the investments already made in computer equipment and personnel can result in useful data routinely available for planning, management, and evaluation.

Recommendation A.2.b.(1). We recommend that the Ministry commission a study on the organization and staffing of statistical services within the Ministry and in the regions. Such a study should include a close analysis of the tasks required and the manpower needed. Analyses of tasks should be sufficiently detailed to assess the number of person-hours needed to enter data, carry out analyses, maintain programs and computers; Consideration should be taken of the staff needed to train and retrain personnel in data collection. The study should also examine the present volume of reports produced and recommend what types of reports should be routinely produced for a statistical yearbook.

A.2.b.(2). This study should produce recommendations for the organization of the statistical services and for a phased-in implementation of the staffing plan necessary to carry it out. This staffing plan should begin to be implemented no later than March 1990. Its full implementation should be a condition for disbursement of the third installment of counterpart funds.

A.2.b.(3). The Ministry and the regional DDS should, by the end of October 1989, complete a plan for training health personnel which will assure that the new information system is in use throughout the country by mid-1990.

A.2.b.(4). The Ministry, starting in 1991, should use the new health information system data of the preceding year to produce a statistical yearbook.

A.2.b.(5). In 1992, the Ministry should use the data from the 1991 yearbook as the basis for developing the national health plan.

A.2.b.(6). Supervisory and training sessions for local and regional health workers should include training in data collection and data reporting.

3. **Responsibilities and activities of the Ministry of Plan**

The Ministry of Plan is given considerable responsibility by the Grant Agreement for supervising the activities under the Program. It is charged with coordinating the principal elements of the program, with monitoring and reporting on the management and allocation of the counterpart funds, assisting in workshops, seminars and in-service training for policy reforms, assisting in conducting evaluations, and finally, with Ministry of Health, preparing semi-annual reports on progress toward implementation of policy reforms. In addition, the development of a population policy falls under its responsibility.

The picture that emerged from our interviews was of the Ministry of Plan's relative absence from activities relating to the Sector Grant. Its major relationship has been through the counterpart funds through the president of the Management Committee who is Director of the National Investment Finance Office (DFI) at the Ministry. Although the Ministry of Plan shares with the Ministry of Health responsibility for semi-annual reports, the only report to emerge during the past year has come from the Ministry of Health. The Ministry of Plan has circulated a draft plan for the development of a demographic study program which is not yet approved, but it has submitted no reports on its activities relating to the Program Grant.

Recommendation A.3.(1). We recommend that the Ministry of Plan through the DFI increase its participation in Sector Grant Program activities by working more closely with the Ministry of Health in preparing semi-annual and annual reports required under the Agreement;

A.3.(2). The Ministry of Plan will need to take a more active supervision of the functions of the Secretariat when, as is recommended, some of them are transferred to its authority;

A.3.(3). The Ministry of Plan should before the end of the year (1989) with the Ministry of Public Health to initiate a meeting of the senior officials of the Government of Niger and USAID to undertake the annual review and assessment of the Program as called for in the Grant Agreement (Annexe 1, p. 16) and Program Implementation Letter no.1.

B. **ANALYSIS OF POLICY REFORMS**

One of the assumptions underlying the design of this grant program is that the Government of Niger would be able to implement policy reform in regular, clearly delineated steps. These steps, implicit in the conditions precedent, can be summed up as follows: initial studies, development of policy options, selection, pilot tests, reanalysis, final selection of policy, policy implementation. In practice, the real world of politics detracts this process at any point or even causes steps to be skipped on the way to implementation.

Thus, the fact that the Government of Niger is not moving as quickly ahead on all policies as expected is not surprising, even while it may be disappointing.

The policy environment exterior to the health sector is as influential as that within the sector. For example, in Niger, a driving force of the health sector's cost recovery efforts are the national government structural adjustment programs. Thus, reforms which respond to these external concerns may receive greater support than those which respond just to Ministry of Health concerns.

The policy reforms proposed under the grant program share the same external policy environment. Each also has its own unique policy environment. These environments involve different policy makers, different institutions, different laws, and different constituencies. They may involve only the Ministry of Public Health or involve agencies external to it as well. In reviewing the policy reforms proposed under the grant one can, in fact, explain some of the constraints encountered by analyzing their environments.

Elements of the policy environments sketched in Table 1 show, for example, that the economic interests of the population are most affected by cost-recovery policies. Hence, such policies are highly sensitive politically, and will require the greatest preparation for presentation in public debate. Cost-recovery for hospitals already has a legal basis in a 1962 law, while no legal framework exists for non-hospital services. The tasks of policy development in these two areas are different. In the one case, a national consensus exists on the need to collect fees; only methods of implementation need to be developed. In the other case, a national consensus needs to be developed. Thus, for this latter policy, the arena for the policy debate must be enlarged beyond the Ministry of Health. One way of achieving this is through the activation of the senior level policy and program review committee called for in the Grant agreement and Program Implementation Letter no. 1 and as well as through policy seminars and workshops which bring together interested officials from throughout the government as well as interested donors.

Table 1

Elements of the Political Environment of Health Policy Reforms

Health Policy Reforms	Policymakers	Population has direct econ. interest?	Interested or Involved Organizations	Need to create legal framework?	Decisions Internal to MPH?
Cost Recovery: Hospitals	Min. Health Min. Finance	Yes	Hospitals World Bank	No (law of 1962)	Yes
Cost Recovery: non-hospitals	Min. Health Min. Finance Min. Plan	Yes	Health centers Donors	Yes	No
Purchase of medications	Min. Health	No	ONPPC Donors	Yes	Yes
Allocation of Budget	Min. Health Min. Health	No	Donors	No	Yes
Management of Health Personnel	Min. Health Min. Civil Service	No	Health centers Regional Directors Donors	No	No
Authorization to use contraceptives	Min. Health & Social Affairs President	No	Donors	No (law enacted 1989)	No
Population Policy	Min. Plan Min. Health	No	Donors	?	No

Even in cases where the arena of policy debate must be enlarged, the Ministry of Public Health remains responsible for leading the development of policy reforms and providing the forum for debate. Moreover, as Table 1 shows, there are policy areas where the Ministry is the major and sometimes sole actor. To carry out its role in policy development, the Ministry of Public Health needs to designate a senior person in the DEP whose task it is to monitor policy. In this way the Ministry can assure that it is providing leadership for policy reform.

Recommendation B.(1). We recommend the activation of a committee of senior Government of Niger and USAID officials to meet twice annually to review progress on policy reforms, to discuss appropriate strategies, and to report annually on its assessments of the policy process. This committee, composed of representatives from several Ministries will monitor the analysis and review progress toward reform as well as serve as a forum for widening the debate on selected policy issues. It will also see that the annual reports on the program are prepared and distributed.

B.(2). The Ministry of Public Health should designate a senior individual within the DEP whose major task will be to monitor policy development and the implementation of this Program.

C. UTILIZATION OF COUNTERPART FUNDS

The selection of projects to be financed by counterpart funds is a two-step process. First, the projects are submitted for technical analysis to the DEP⁴; if approved by the DEP, the projects then pass through the Ministry of Plan, and are submitted for approval to the members of the Management Committee (Comité de Gestion). The first disbursement totaled \$2,134,000 (in local currency 621,628,973 FCFA). With the deduction of 92,581,598 FCFA for the Secretariat budget, 529,047,375 FCFA was available for project funding.

Four criteria from Program Implementation Letter no. 7 are used to select projects to be funded by the Management Committee:

- Programs, projects or activities contributing to the implementation of the policy reforms and institutional reinforcement program in the health sector
- Financing recurrent costs of ongoing USAID-financed health projects which contribute to the objectives of the program
- Financing recurrent costs for health projects which are closely related to, or complementary to the USAID-financed projects, but whose capital and non-recurrent costs are financed by other donors
- Financing extensions of programs/projects currently in implementation, or high priority new projects in health which will contribute to the program's objectives

⁴ Because of the DEP's criteria technical evaluation of projects have not been documented, we can make no assessment of this selection process.

Table 2 shows the criteria under which each funded project falls:

Table 2

PROJECTS APPROVED BY CRITERIA OF SELECTION

Project	Contrib. Implem.	Recur.Csts. USAID Pjts.	Recur.Csts Rel.Pjts.	Extens. Pjt.
Journées d'Etudes	x			
Fight Diarr. Dis.		x		
Vil.Hlth.Tm.	x			x
Hlth. Pol. Studies	x			
Seminar for Hlth Pol	x			
Minister's Tournée	x ⁵			
Nat. Hlth Inf. Sys.	x			
Support to Coord.	x			
Super. Hlth Serv.	x			x
Sup to MSF for Vac.			x	
Vac. Campaign			x	
Total	8	1	2	2

All of the projects funded fall within the criteria of PIL no. 7. Most of the projects funded, (eight out of eleven), contribute to the implementation of the health sector grant. These projects include policy reform studies, seminars on policy reform, assistance to the DEP for coordination, supervision for health facilities and village health teams, and support for the national health information system. Two of the projects that contribute to the implementation of the grant are extensions of projects funded under the RHIP project (Support for the Supervision of Health Services and Program for the supervision of Village Health Teams).

One project falls under the heading of recurrent costs of USAID-funded projects, the support for the program of diarrheal disease control, while only two projects fund the

⁵ This item was classified under program implementation under the assumption that this tournée was for supervision.

recurrent costs of the vaccination campaign (one through assistance to Médecins sans Frontières/MSF for cold chain support and training). The latter three projects also support USAID's policy of child survival.

Project proposals have also been rejected both by the DEP and by the Comité de Gestion. Three nutrition projects are known to have been rejected at the level of the DEP:

Helen Keller International, Vitamin A Project

Michael Chapko Proposal for a Nutrition Survey

Regional Medical Director Proposal for Caritas Nutrition Project

Three projects have also been rejected by the Comité de Gestion:

Proposal for a Test of a System of Information for the Maternal Child Health Center

Proposal for Spare Parts and Gas for Garages by the Division of Health Infrastructures

Proposal for Nutrition Surveys

We are not able to judge whether the reasons that projects were rejected at the level of the DEP are appropriate or not, because of lack of documentation. The reasons that two projects were rejected by the Comité de Gestion, do, however, appear to be appropriate. In one case, a proposal for a nutrition survey had been written in 1985 and needed to be updated; in a second case, the project was already receiving funding from another source and was felt to be covered in subject material by the National Health Information System. In the third case, while all the team agreed that the request was too large, some of the members felt that its recurrent costs were too high, while others felt that a project which funded vehicle maintenance and fuel was an appropriate use of counterpart funds.

One project is under continuing consideration by the Comité de Gestion, the Program for the Fight against Malaria. Although project proposals were presented at the committee meetings of November 1988 and April 1989, the grant applicants were asked to redo the project proposals because they were considered inappropriate. One reason was due to the large amount of funds requested (259,434,445 Fcfa); another reason was that the program needed to coordinate its activities with those of the World Bank and explain how it planned to fund itself in the future. The grant applicant is in the process of redoing its proposal for funds. However, if the extension of funds to other projects is or has been approved, then this proposal must await funds from the new disbursement of funds after the fulfillment of the second conditions precedent.

The application process for counterpart funds is complex and unclear. Most of the projects approved for funding had expatriate assistance in writing the proposals: this may indicate that the funding process is modeled on an American system rather than one that Nigerien grant applicants are familiar with. One case in point is the proposal of the

Program for the Fight against Diarrheal Diseases' application for funds. This proposal was submitted in April 1988; funds have become available to the project only in August 1989. The project proposal went through several iterations as changes were requested. Communication problems between the grant applicant, the Ministry of Health, and the Comité de Gestion were evident. Although this project fits with the child survival priority of USAID, this project has not yet obtained any counterpart funds despite its having been approved in August 1988. The experience of this applicant suggests that the proposal process be clarified and, if possible, simplified.

A further analysis is to determine the proportion of funds allocated to each category. Table 3 shows funding by project and criteria of selection:

Table 3

PERCENTAGE OF FUNDS ALLOCATED BY PROJECT AND CRITERIA

Project	Contrib. Implem.	Recur.Csts. USAID Pjts.	Recur.Csts. Rel. Pjts.	Ext. Pjt.
Journées d'Etudes	3.2%			
Fight Diarr. Dis.		6.1%		
Vil. Hlth. Team	9.6%			(9.6%)
Hlth. Pol. Studies	7.9%			
Seminar Hlth. Pol	6.7%			
Minister's Tournée	1.0%			
Nat.Hlth.Inf.Sys.	23.0%			
Support to Coord.	9.6%			
Super. Hlth Serv.	5.8%			(5.8%)
Sup. MSF for Vac.			17.5%	
Vac. Campaign			2.4%	
Total	66.8%	6.1%	19.9%	(15.4%)
Total Funding Allocated -		92.8% ⁶		

⁶ This calculation has been made without adding in the possible additional funding to the National Health Information System since there is confusion about whether this amendment has been approved or not.

46

Most of the counterpart funds from the first disbursement have been awarded (92.8%). Two-thirds of the funds (66.8%) are allocated for projects that contribute to implementation of the Grant, with the largest grant awarded to the National Health Information System, 23% of funds. The funding for the latter project was so large because the project has involved the purchase of computers. Of the rest of the funds available, 6.1% is allocated to projects that contribute to recurrent costs of USAID funded projects, 19.9% is allocated to recurrent costs of related projects. These amounts allocated are appropriate since the majority of funds are contributing to the implementation of the grant. Other funds are appropriately going toward projects that support child survival (26% or more)⁷, and some are going to support the priority projects of the RHIP, a USAID predecessor project (15.4%).

The Comité de Gestion has appropriately utilized counterpart funds according to the criteria of PIL 7. However, it has not always followed procedures. For example, the decision to fund one project was made over the phone, and there is no documentation of this decision. This is the same project where a dispute exists over the amount approved.⁸ Also, since the committee has not met regularly in the past, grant applicants have not always been informed of meeting times.

Although the choice of projects and amounts funded are appropriate, the difficulties encountered in obtaining funds for project implementation has worked against the goals of the grant. Because the procedures for disbursement of funds are not well-defined, awardees have been forced to go to the Secretariat several times each time they need funds and have had to wait before obtaining them. This laborious process has delayed Grant activities. We were unable to document the exact time lags between requests for disbursement of allocated funds and the actual date the funds became available because no dates on the requests for disbursement were available from the Secretariat. However, we were told of many activities which had to be postponed or involved the use of personal funds because of the difficulty in obtaining counterpart funds. For example, some of the seminars on utilization of the new data collection forms were postponed because the funds were not disbursed in time. In another case, one of the technical assistants paid for seminar activities out of his own personal funds rather than wait for the funds to be disbursed. In other cases, grantees have been discouraged because of the difficulties in obtaining funds and have sought funds elsewhere.

⁷ If one considers the National Health Information System at least in part a child survival project because it is collecting data on childhood diseases, then the proportion of funds supporting child survival becomes even higher.

⁸ The project referred involved funding for the Journées d'Etudes held in Dosso in 1988.

The following table indicates what proportion of funds have been spent for each project as of August 8, 1989:

Table 4
PERCENTAGE OF FUNDS DISBURSED FOR EACH PROJECT

Project	Date of Approval	Percentage of Funds Disbursed
Journées d'Etudes	-	100%
Fight Diarrheal Dis.	October 4, 1988	0%
Vil. Hlth. Team Super.	October 4, 1988	31%
Health Policy Studies	August 18, 1988	23%
Seminar Hlth. Policy	August 18, 1988	8%
Minister's Tournée	November 21, 1988	100%
Nat. Health Inf. Sys.	November 21, 1988	51%
Support to DEP Coord.	April 21, 1989	2%
Super. Health Serv.	April 21, 1989	0%
Vaccination Camp.	April 21, 1989	0%
Aid to MSF for Vac.	April 21, 1989	NA ⁹

At present, the majority of projects have received less than half of their funds and three projects have not yet received any funding. The only projects that have received 100% of funds allocated are one-time events. This low level of disbursement of counterpart funds has serious implications for the progress of grant activities.

In conclusion, the counterpart funds for the first installment have been allocated appropriately according to the criteria of PIL 7. However, the decisions are not always well-documented. The process of applying for counterpart funds has been lengthy in some cases due to confusion on the part of grant applicants about the application process. Last, the process of obtaining funds from the Secretariat has been laborious and time-consuming since the procedures are not well-defined.

⁹ This information is unavailable because the funds have been put recently into a special bank account for the project.

Recommendation

C.(1). All decisions made by the Comité de Gestion should be documented, and, if possible, take place during formal meetings in order to avoid confusion about what was decided.

C.(2). Application procedures should be clarified, simplified, and publicized through a seminar. Procedures for fund disbursement should similarly be simplified and publicized.

C.(3). Potential grant applicants should be informed of the dates of Comité de Gestion meetings well in advance, at least 3 months ahead of time.

C.(4). A seminar should be held to inform potential grant applicants of the application procedures and the criteria of selection for counterpart funds before the next disbursement of local currency funds takes place.

C.(5). Criteria for selection and decisions about project proposals submitted to the DEP for counterpart funds should be documented.

D. TECHNICAL ASSISTANCE AND THE MANAGEMENT OF GRANT ACTIVITIES BY USAID

1. Technical Assistance

a. Long-term Technical Assistance

The three long-term technical assistants from Tulane-Abt have aided the Ministry of Public Health to meet the conditions precedent of the Grant program through production of analyses and reports, seminars, and information system development. Their work has been of high quality and generally well appreciated by their Nigerien colleagues. As noted earlier in this report, in the future, the Ministry will need to focus more on the development of its institutional capacity for policy making, information management, and monitoring Program Grant activities. Therefore, technical assistance should provide more support in the areas of management and policy development.

The Ministry did not formally assign counterparts to the technical assistance team until July 1989, and then to only two of the three team members. Meanwhile, some Health Ministry staff worked informally with team members. As a result, the team has carried out its technical work often without the benefit of regular Nigerien input. The lack of counterparts also limited the team's ability to carry out on-the-job training and thereby to assure the DEP's capacity to carry on when technical assistance ends.

The technical assistance team is in an awkward position since, according to its contract, one indicator of its success is "the effectiveness of the Government of Niger in meeting the conditions precedent and the policy reform objectives of the NHSS." This gives the team a responsibility for something over which it has no control and only limited

influence, while creating an undesirable incentive for them to do things themselves simply in order to assure they are accomplished.

Recommendation D.1.a.(1). The Ministry of Health should assign a Nigerien counterpart to each technical assistant upon arrival in Niamey.

D.1.a.(2). The technical assistance team should be encouraged to develop plans and strategies that will facilitate the Ministry's institutional and policy development, and should be discouraged from undertaking activities that do not include a considerable Nigerien input, even if this means that certain objectives cannot be attained.

Under some circumstances this latter recommendation would entail the risk that a team could interpret it as an excuse for inactivity. In this particular case, however, the team has shown ample evidence of assiduity and commitment to its task so that this risk would seem minimal.

The two technical reports on the policy-making process and on Government policies affecting reforms, which were required under the contract within six months of the chief of party's arrival in country, were merged into a single report which is circulating in draft form.

Recommendation D.1.a.(3) The comprehensive studies required under the Tulane contract should be trimmed in favor of a series of separate reports on the policy processes for each policy specific to the Grant program. Such reports will have a more direct practical application since, as discussed in Chapter III B, each policy has its unique environment. We recommend, for example, that the first analysis be of the policy environment of cost recovery for non-hospital services. This analysis should include all the issues that need to be addressed for making decisions (among others, to what organization are returned the fees or taxes collected? who are the relevant decision makers? and who are the interested parties?). This analysis should recommend strategies for the Ministry of Public Health to bring the relevant decision makers into the policy development process and to bring interested parties, such as health services personnel, into this process. Finally, the technical assistance team should assist the Ministry to design strategies for developing popular acceptance of cost recovery.

D.1.a.(4). Given the delays in implementing the Grant program, three long-term technical assistant positions should be continued for at least another two years, and, if funds permit, a third year.

D.1.a.(5). To respond to the need for increased institutional and policy development support we recommend the profiles for the team members be modified as follows:

- a) **Policy and management specialist/chief of party to assist Ministry to develop policies in health sector and undertake management and planning studies. This senior person should be experienced in policy analysis and implementation, and have worked previously successfully in policy and institutional development. Tasks will include preparing reports on policy development process and strategies for policy reform, as well as overseeing the organizational, task, and staffing analysis of the DEP, and assisting in reorganization of the statistical services;**
- b) **Epidemiologist/information management specialist whose task will be to assist the Ministry to develop an integrated statistical services and information system that routinely puts out analyses of services, resources, and health needs; a priority should be a study of the organization and staffing of statistical services with task analyses and staffing plans.**
- c) **health economist, to work with the chief of party and the Ministry in carrying out technical analyses and options for policy reforms.**

b. **Short-term technical assistance**

Short-term technical assistance has proved less satisfactory. The short-term nature of the consultations has been frustrating for Ministry officials who feel they have barely time to absorb the documents before the consultant has left the country. Although medium-term consultations of four to six months might prove more satisfactory, we recognize that it is often difficult to find qualified consultants who are available for that period of time.

Recommendation D.1.b.(1). The Ministry of Public Health should assign a Nigerien counterpart to every short-term and medium-term consultant upon arrival in Niamey.

D.1.b.(2). If qualified Nigerien consultants are not available and if medium-term expatriate consultants are also not available, the Program should use recurrent short-term consultants, that is, short-term consultants who return at set intervals to Niger. In this way, not only do the consultants become known to the Ministry, but they also become available for follow-up discussion.

2. **USAID Management of Grant Activities**

USAID has done an excellent job of monitoring Program activities by maintaining frequent meetings with Ministry of Public Health officials and by holding monthly management meetings with the technical assistants. USAID has used the Grant's trust funds to employ a full-time program assistant to monitor the Program. USAID is represented on the Comité de Gestion that awards counterpart funds. Before its meetings, USAID's internal steering committee determines its position on proposed projects.

USAID also works with grant applicants to help them in meeting Program Implementation Letter no. 7 criteria for counterpart funds.

USAID's monitoring of the financial management of counterpart funds has been less adequate than its monitoring of program activities. While USAID has used the counterpart trust funds to employ technical assistants to improve financial management at the Secretariat, it still lacks documentation on some decisions of fund allocation and on disbursement of funds to sub-projects. A case in point is the funding for the Dosso Journées d'Etudes: no documentation exists on the decision to fund this sub-project, and there is disagreement between USAID and the Secretariat about how much was to be allocated. Nevertheless, the larger amount which the Secretariat believes was the correct sum has, in fact, been disbursed.

In addition, although some projects have received funds for more than a year, monitoring of how these funds have been used, has not taken place. For these reasons, it is possible that when the program is audited, it may lose its 121D certification, a possibility that will seriously set back the Ministry's attempts to implement its policy reforms.

One constraint on USAID support for health activities has been its per diem policy. Since USAID has more stringent policies on per diems than other donors, Nigeriens have on occasion preferred to seek funding from others who would pay them more—even when USAID funding would otherwise be more appropriate to the task at hand. USAID's policy of paying higher per diems to its local employees than it pays to employees of the Nigerien government is perceived as inconsistent and can be a source of resentment. Some seminars and workshops have been delayed or cancelled because of disputes over per diems. Recently, donors came together to discuss per diem policies and reached agreement to standardize rates. It remains to be seen whether this new policy will solve the problem. Anecdotal information suggests rates still vary. This may be because the new policy includes a range of rates permitting some donors to pay more and others to pay less. Thus, standard rates still seem elusive.

Recommendation D.2.(1). USAID should improve its financial monitoring of counterpart funds. All decisions made on sub-project funding should be documented, as well as should fund disbursement.

D.2.(2). Projects supported by counterpart funds should be monitored regularly to assure that funds are being appropriately used.

D.2.(3). USAID should continue to work with other donors not only to clarify per diem policy but also to implement a uniform policy across donors that would be consistent with USAID's policy towards its own local employees.

**E. OBJECTIVES, CONDITIONS PRECEDENT AND IMPACT INDICATORS:
APPROPRIATENESS AND FEASIBILITY**

This Grant program has two broad goals: to achieve significant health policy reforms and to relieve financial constraints to related health services through budgetary

support. The first goal calls for the accomplishment of six objectives to which are linked conditions precedent which mark the progress to these objectives; the second goal calls for the establishment of a mechanism (a local currency counterpart fund) to allocate financial support to activities which will further the Program objectives.

The first question is whether, in the light of the experience of the Program's first two and one-half years, the conditions precedent, as established in the original Grant agreement and as amended by the third amendment in August 1989, are appropriate and feasible for achieving Grant goals and objectives.

The second question is what are or what should be the appropriate indicators to measure the impact of the program in its six areas of endeavor as well as to examine the impact of the use of counterpart funds? What additional data will need to be gathered to use these indicators? Finally, we turn to the assessment of the impact of the Program's policy reforms to date.

1. Appropriateness and feasibility of conditions precedent:

All the conditions precedent are appropriate to the Program objectives, that is, they assist the Government of Niger to achieve those objectives. One could argue that the sequence could be different or that one study could be emphasized more than another, but this would be nitpicking over what is an impressively thought-out series of activities to be undertaken sequentially. They represent important activities for the Ministry to undertake to reform its health policy.

The conditions precedent, as currently established, give few bench marks for building the institutional structures necessary to manage grant activities. It will be difficult for the Ministry of Public Health to proceed with its activities of policy reform without laying first the ground work in restructuring and restaffing its statistical services and the DEP. Meanwhile, the Ministry of Planning and the Ministry of Public Health, in concert with USAID, must reconsider the future structure of the Secretariat. The conditions precedent should recognize these important institution-building activities by including them as bench marks.

Recommendation E.1.(1). We recommend that institution-building activities, such as the reorganization and staffing of the DEP, the development and staffing of central and regional statistical services, and the restructuring of the Secretariat, receive high priority and be added as conditions for further disbursements of funds.

With the addition of these conditions precedent on institution-building, the major issue for the conditions precedent becomes not whether they are appropriate, which they are, but whether they are feasible within the time constraints of the Grant agreement and within the human resources constraints of the Government of Niger. Although the original grant agreement had foreseen the completion of each set of conditions precedent at one year intervals, the revised agreement (third amendment signed in August 1989), recognizing the scheduling difficulties, sets no time limits for completion of each set of conditions.

The pace of activities under the Grant appears to be moving more slowly even than foreseen in the revised agreement. In August 1987, The Nigerien government fulfilled the conditions precedent for the first portion, one year after signing the agreement; it is still working on the second set of conditions precedent which look to be completed in early 1990. Thus, the first set took one year, while the second set will have taken two and one-half years. If the past pace of activities is a guide to the future, then one can project that the average time necessary to fulfill each of the three subsequent sets of conditions precedent will be one and one-half years. At this pace, the program will be completed in 1994, not in 1992 as set out in the third amendment.

This calculation of the time it will take to meet conditions may appear mechanical, but it would be imprudent to ignore the lessons of the past three years: at its present pace, the Government of Niger will be unable to meet the objectives of the Grant Program by the time it is scheduled to end in 1992.

The reasons for delays were noted in the analyses presented above: management problems within the Secretariat; inadequate number and type of personnel assigned in the Ministry of Public Health to look after Program Grant activities; lack of meetings of senior Ministries of Planning, Finance, Health and USAID personnel to review annually the Program; complexities of policy reforms required and need for Ministry of Public Health to take leadership while expanding the forum for policy discussions; slowness of approval process and disbursements of counterpart funds; insufficient attention on the part of USAID to financial and accounting problems of Secretariat.

These problems are remediable. But remedies also take time. It is inevitable that those remedies dealing with restructuring of government organizations and with increasing personnel will be implemented gradually as decisions are made as to the best forms of organization and as staff become available to be assigned.

Moreover, undertaking the activities recommended, such as studies of the reorganization of the DEP, the Secretariat and of central and regional statistical services will take additional attention from the Ministry of Public Health and the technical assistance team thereby constraining their ability to focus on the other activities required under the Program.

Thus, we conclude that despite considerable effort and good will on the part of the Government of Niger and the technical assistants, this excellent program, as presently designed, is too ambitious for the human and fiscal resources available. Because of the need to take remedial action and because of the need to continue with Program activities, we estimate that it will not be possible to accelerate the present pace of activities. Therefore, the schedule foreseen in the Grant agreement cannot be met before the end of the Program in 1992. Expectations for what is to be accomplished in the future need to be adapted to what has occurred in the past.

The Program Grant objectives and conditions precedent need to be reassessed as to what can realistically be expected to be undertaken during the next three years, at the same time as remedial action continues to resolve the problems identified to date. Priorities

should be identified. Those activities identified as being of lower priority should be deferred until a subsequent grant program.

Recommendation E.1.(2). We recommend that lower immediate priority be given to activities/reforms with the following characteristics:

- Those activities which depend upon other activities not yet undertaken: for example, development of a national health plan which requires a well-developed information system and a trained staff sufficient in number to carry out analyses and coordinate plan development);
- Those activities/reforms not directly related to the Government of Niger's structural adjustment program (e.g. cost-recovery and cost containment would be high priority; redistribution of health personnel would be low priority);
- Those activities/reforms which until now have received relatively less attention and are less well developed (e.g. health personnel redistribution).

E.1.(3). We recommend on the basis of these criteria that the activities of human resources management relating to the redistribution of health personnel be deferred until a follow-up Program Grant. We also recommend, in the light of the government policy of decentralization, that priority be given to developing planning capacity at the regional level and, in the light of the need to develop staff capacity in the central Ministry, that development of a national health plan be deferred until the fifth installment of the conditions precedent.

E.1.(4). To make final decisions on priorities, we recommend that the representatives of the Ministries of Public Health and Plan and USAID meet to select those activities or conditions precedent which are of lesser priority and can be deferred to a later date (or to a subsequent program grant) without jeopardizing overall program goals.

2. **Impact Indicators to measure achievement of objectives.**

In this section we recommend indicators to measure the achievement of objectives. The Program goals and objectives envision three types of activities; policy reform, institutional capacity building, and allocation of budgetary support through counterpart funds.

a. **Indicators for policy reform and institution-building**

Policy reform and institution-building can be evaluated by three sets of indicators: a) indicators of the extent to which the reform/institution-building has been studied or adopted (what analyses completed? what laws and administrative rules adopted?); b) indicators of the process of implementation (reform has been carried out in how many facilities? how many staff assigned to improve management?); and c) indicators of the effects and outputs of the reform/institution building (How are data from management information system used? what percent of costs are recovered from collecting hospital fees? what are service utilization rates after implementation of a cost recovery program?)

In Table 5 we propose indicators to evaluate Program policy reforms and institution building. Many of these indicators require data which can be acquired only through the development of a reliable management information system. Thus, the information system becomes not an end in itself, but the critical tool for evaluating programs, management, and policy.

In order to use the indicators proposed, reliable data are needed on hospitalizations and patient days, outpatient curative visits, new cases of diseases presenting at health centers, drug utilization by health centers, utilization of preventive services by mothers and children, vaccinations. Utilization rates should be calculated for the population living within 10 kilometers of health centers.

The indicators proposed are direct measures of the effects of policy reforms (for example, revenues recovered per visit, decrease in drug costs per new case of illness).

Recommendation E.2.a(1). For each of the policy reforms and institution building activities in the Grant Agreement, we propose in Table 5 indicators by which to evaluate progress toward objectives and to evaluate impact.

b. **Indicators for evaluating the impact of counterpart funds**

The intent of the counterpart fund is to provide budgetary support to the Government of Niger for those purposes related to the grant. Thus, the best measure to evaluate the sub-projects is the extent to which they conform to the priorities set forth in the Grant Agreement and in the Program Implementation Letter no. 7. In the preceding Section III C on utilization of counterpart funds, we showed that, to date, these funds have been allocated to priority projects with more than one-quarter of the funds supporting child survival strategies.

Since these sub-project grants are designed to complement ongoing activities, the use of the funds cannot be expected to have an impact independent of the Government's other investments in these same areas. Therefore, it is misleading to use impact indicators to evaluate the use of counterpart funds (for example, decrease in incidence measles to evaluate effectiveness of vaccination programs), since the contribution of the counterpart fund is only a small part of the effort. By design, the counterpart fund sub-projects are

complementary to other government activities and represent only a small part of efforts in any area of activity.

A substantial part of counterpart funds also go for institution-building activities (e.g. supervision, information system development). The impact of the counterpart funds in these areas is best measured by process indicators (e.g., number of supervisory visits per year; number of facilities regularly participating in the information system). We list these indicators by their subject area in Table 5.

Recommendation E.2.b.(1). We recommend that the use of counterpart funds be evaluated for conformity to the four priority activities for the Program Grant as well as provide a minimum of one-quarter of their funds for child survival activities (narrowly defined).

We recommend that the effect of counterpart fund sub-projects which develop management capacity, be evaluated by process indicators (e.g. number of supervisory visits; facilities participating in the information system).

We do not recommend the use of impact indicators, as such, to evaluate the use of counterpart funds. Those indicators are best used to evaluate the program as a whole.

3. Impact of Program's policy reforms to date.

It is too early in the Program's history to assess the impact of policy reforms. The only reform fully accomplished is the law allowing the use of contraceptives. Until family planning services are widely available, no major impact on child spacing or births can be expected. By the end of the Program, one can expect a shift in attitudes towards family planning. This shift will be best monitored by Knowledge, Attitudes, and Practices surveys.

Table 3

Indicators for Evaluating Activities of Niger Health Services Sector Grant

Policy Reform/
Institution Building

A. Formation
(Studies, Laws,
Rulemaking)

B. Process of
Implementation

C. Outcome, Output
Impact/Effects

1. Cost recovery

AIM: Increase cost recovery measures in curative services in order to improve sustainability of public health services

	A. Formation (Studies, Laws, Rulemaking)	B. Process of Implementation	C. Outcome, Output Impact/Effects
1. Cost recovery			
AIM: Increase cost recovery measures in curative services in order to improve sustainability of public health services			
a. Hospitals	<ol style="list-style-type: none"> 1. New fees proposed 2. Revision of fees studied 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Full implementation of new-fee structure in all hospitals within a year of adoption 2. All hospitals collect fees from all patients as required 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Increased % revenues recovered: <ul style="list-style-type: none"> -per patient day -per outpatient visit -per cost center 2. Comparison of cost recovered from services for which personnel receive or do not receive incentives to recover costs 3. To assess potential negative effects: <ul style="list-style-type: none"> -Inpatient utilization -Outpatient utilization
b. Non-hospitals	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilot studies completed of all selected options 2. Action plan for implementation of cost-recovery policy 3. Laws/rulemaking to institute new policy of cost recovery 	<ol style="list-style-type: none"> 1. % health facilities participate in cost-revenues programs 2. % pop. living within 10 km of facilities participating in cost-recovery programs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilot studies <ol style="list-style-type: none"> a. Utilization rates b. Revenues recovered compared to costs 2. Implemented cost-recovery system <ol style="list-style-type: none"> a. % annual increase in costs recovered b. Increase in costs recovered/new episode of illness c. Comparison of utilization in facilities/areas with and without cost-recovery and decrease of utilization in cost recov. areas.

Table 5 (continued)

Policy Reform/ Institution Building	A. Formation (Studies, Laws, Rulemaking)	B. Process of Implementation	C. Outcome, Output Impact/Effects
2. Cost Containment	AIM: contain unit costs in hospital services and pharmaceutical supply systems in order to make more efficient use of available financial resources		
a. Drug Purchasing	<ol style="list-style-type: none"> List of essential drugs adopted Prices of essential drugs reduced Study of drug procurement practices 	<ol style="list-style-type: none"> Drugs on essential drug list available to all public health facilities Alternate drug procurement system implemented & obtain lower-cost drugs 	<ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> Decrease in drug expenditure/new case e.g. chloroquine/new case of fever/malaria decrease unit drug cost to Ministry of Health decrease total drug cost per new case
b. Hospitals	<ol style="list-style-type: none"> Study completed of management in national hospitals 	<ol style="list-style-type: none"> New management practices instituted to increase efficiency of services Accounting system functioning in all hospitals to provide data needed for impact assessment 	<ol style="list-style-type: none"> Decreased unit cost/service in cost centers targeted for improved management Decreased total cost per total services <ol style="list-style-type: none"> Inpatient: Decreased tot. cost/total pt. days; Decreased tot. cost/admissions Outpatient services: cost/new case
3. Financial Resources Allocation	AIM: Reallocate financial resources of the Ministry of Health in the medium term to allow increased spending on primary and secondary services and to allow a proportionally larger budget for consumable supplies		
	<ol style="list-style-type: none"> Analysis of allocation of budgets 1986-90 by major classifications Target percentages agreed to by two parties for allocation of hospital and personnel resources 	<ol style="list-style-type: none"> Revision of budgeting process 	<ol style="list-style-type: none"> Hospital expenses no more than 45% national health budget (exclude central administration expenses) Increase in national health resources/capita allocated to rural, as compared to urban areas Increase in utilization of rural health centers <ul style="list-style-type: none"> -New cases treated/capita in rural compared to urban areas -Total visits/capita in rural compared to urban areas

59

Table 5 (continued)

Policy Reform/ Institution Building	A. Formation (Studies, Laws Rulemaking)	B. Process of Implementation	C. Outcome, Output Impact/Effects	
<p>S. Institution Building AIM: Increase capacity to plan, manage and monitor health programs and services</p>				
a. Decentralized Planning		<p>1. Annual assessment of health needs, resources, and personnel undertaken by each region using data from health information system</p>	<p>1. Annual health plan for each region (for years 1991, 1992, 1993)</p>	
b. National Planning		<p>1. Assessment of health needs, resources and analyses from 1990 & 1991 using data from statistical yearbooks</p>	<p>1. National plan for 1993 using data from statistical yearbooks</p>	
c. Management Information System	<p>Study of appropriate organization and staffing for statistical services</p>	<p>1. Reorganization of statistical services 2. 100% additional staff identified in study assigned to regional & central bureaus 3. By 1991, 100% health facilities participating in new information system 4. 75% reports expected from health facilities submitted to Ministry 5. Data from all reports entered into computerized data bases within 30 days of arrival at Ministry b. Databases maintained</p>	<p>1. Statistical yearbooks (1990 & 1991) including data routinely gathered from health facilities: -utilization of services -new cases, total visits -vaccinations -pathologies -preventive services -hospitalization -resources: personnel, equipment, facilities -impact of child survival strategies a. Diarrheal disease b. Maternal mortality c. Vaccination coverage d. Decrease EPI diseases 2. Data collected used for planning and management centrally and regionally.</p>	
1. central management				
2. regional management				
3. data collection				
4. data analysis				
d. Ministry of Public Health management capacity development and evaluation of policy reform	<p>1. Study of organization, responsibilities, and staffing of DEP 2. Formal recognition of DEP responsibilities</p>	<p>1. 100% additional staff identified in study assigned to DEP</p>	<p>1. Policy reforms in cost recovery, cost containment and budgetary allocation enacted and implemented 2. Evaluation and monitoring of impact of policy reforms using indicators from this table</p>	

Table 5 (continued)

Policy Reform/ Institution Building	A. Formation (Studies, Laws, Rulemaking)	B. Process of Implementation	C. Outcome, Output Impact/Effects
<p>6. Family Planning and Population Policy AIM: Promote development of national population policies and increase access to family planning services</p>			
1. Family Planning	1. Laws permitting use of contra- ceptives	1. Increased number of health centers pro- viding family planning services 2. Increased percentage of population living within 10km of FP services	1. Increased utilization: -Women enrolled in FP services per women of child-bearing age within 10 km of health center 2. Decrease in: -total fertility rate -total number of children desired by a women of child-bearing age (from NAF surveys)
2. Population Policy	1. Adoption of a population policy	(Implementation and impact indicators are dependent on content of policy)	

IV. RECOMMENDATIONS

Taking into account the Grant program's achievements and continuing vigorous activity, we recommend that mid-course corrections be instituted to permit accomplishment of the program's major goals, to permit institutionalization of its activities and yet, not to overwhelm the human resources available. These recommendations are made with a view toward facilitating institutional development that will permit the Government of Niger to sustain program activities after assistance ends.

In this chapter we take up the recommendations whose rationale was presented in Chapter III and rearrange them according to the following topics:

- 1) Redefinition of priorities in order to improve management capacity and increase the Government of Niger's allocation of human resources to priority Program activities;
- 2) Activities or actions to undertake before signature of an agreement on the continuation of long-term technical assistance;
- 3) Modification of conditions precedent to take into account higher priority management objectives and decreased emphasis on lower priority issues;
- 4) Responsibilities of the Government of Niger, USAID, and long-term technical assistance team;
- 5) Indicators of the Program's Impact.

Each recommendation bears a number giving the section of Chapter III in which its rationale is discussed. Thus, this chapter presents only the recommendations themselves; their full context is presented in the sections indicated.

1. Redefinition of Priorities

The purpose of redefining priorities is to permit the Government of Niger to continue its progress toward program goals while building the management capacity to sustain those activities when technical assistance ends.

E.1.(1). We recommend that institution-building activities, such as the reorganization and staffing of the DEP, the development and staffing of central and regional statistical services, and the restructuring of the Secretariat, receive high priority and be conditions precedent for further disbursements of funds.

E.1.(2). We recommend that lower immediate priority be given to activities/reforms with the following characteristics:

- Those activities which depend upon other activities not yet undertaken: for example, development of a national health plan (which requires a well-developed information system and a trained staff sufficient in number to carry out analyses and coordinate plan development);

- Those activities/reforms not directly related to the Government of Niger's structural adjustment program (e.g. cost-recovery and cost containment would be high priority; redistribution of health personnel would be low priority);
- Those activities/reforms which until now have received relatively less attention and are less well developed (e.g. health personnel redistribution).

E.1.(3). We recommend on the basis of these criteria that the activities of human resources management relating to the redistribution of health personnel be deferred until a follow-up Program Grant. We also recommend, in the light of the government policy of decentralization, that priority be given to developing planning capacity at the regional level and, in the light of the need to develop staff capacity in the central Ministry, that development of a national health plan be deferred until the fifth installment of the conditions precedent.

E.1.(4). We recommend that the representatives of the Ministries of Public Health and Plan and USAID meet to select those activities or conditions precedent which are of lesser priority and can be deferred to a later date (or to a subsequent program grant) without jeopardizing overall program goals.

A.2.b.(4). The Ministry of Public Health, starting in 1991, should use the new health information system data of the preceding year to produce a statistical yearbook.

A.2.b.(5). In 1992, the Ministry of Public Health should use the data from the 1991 yearbook as the basis for developing the national health plan.

2. Activities or actions to undertake immediately, that is before the signature of an agreement on the continuation of long-term technical assistance. These actions which relate mainly to the improvement of program management are of an urgent nature because the good functioning of the program depends on good management.

a. Secretariat:

A.1.(1) We recommend that a working group of representatives from USAID, the Ministry of Public Health and Ministry of Plan be

assembled to plan the restructuring of the Secretariat. This group should consider the following:

- a. Restructuring the Secretariat by reintegrating its functions into the relevant Ministries: by reassigning its technical analysis and project monitoring functions to the Ministry of Health where they now reside, by default, and by reassigning the reduced Secretariat functions (including financial analysis and analysis of conformity to national planning goals) to a small Secretariat within the office of the Direction of Financing of Investments in the Ministry of Plan.
- b. The tasks and responsibilities of the revised structures both in the Ministry of Plan and Ministry of Public Health should be spelled out in administrative rules.
- c. In its deliberations and its planning for the future management of counterpart funds, the working group should use the information already developed by the Sanelian Regional Financial Management Project and use its services to assist in reorganizing the Secretariat's functions.
- d. The working group should begin this task at once.

b. DEP, Ministry of Public Health

A.2.a.(1) We recommend that the Ministry undertake immediately a study of the organization of the DEP. This study should include an analysis of the responsibilities of the DEP and of the tasks carried out by the present staff. The study should also include an analysis of the relationship of the DEP to other directorates and programs in the Ministry. Study methods should include in depth interviews with relevant Ministry personnel. The study authors should, after consultation with Ministry officials, present a plan (or several plan options) for reorganizing the DEP and increasing its staff so that it will, in the future, be able to carry out its responsibilities. The study should also present a clear description of how the technical assistance team will work within the DEP.

A.2.a.(4) The DEP should nominate immediately one staff member whose task it will be to supervise the activities of the Program Grant and will act as counterpart to the chief of the technical assistance team. This person, with advanced training in planning or a related field, will provide leadership for the development of health policy reforms.

D.1.a.(1) and D.1.b.(1). The Ministry should assign a Nigerian counterpart to every short-term and every long-term technical assistant upon arrival in Niamey.

c. Information System:

A.2.b.(3). The Ministry and the regional DDS should, by the end of October 1989, complete a plan for training health personnel which will assure that the new information system is in use throughout the country by mid-1990.

d. General Management

A.3.(3). The Ministry of Plan should before the end of the year (1989), together with the Ministry of Public Health, initiate a meeting of the senior officials of the Government of Niger and USAID to undertake the annual review and assessment of the Program as called for in the Grant Agreement (Annexe 1, p. 16) and Program Implementation Letter no.1.

E.1.(4). Representatives of the Ministries of Public Health and Plan and USAID should meet to select those activities or conditions precedent which are of lesser priority and can be deferred to a later date (or to a subsequent program grant) without jeopardizing overall program goals.

3. Modification of the Conditions Precedent

We recommend that institutional development activities become part of the conditions precedent to emphasize their importance in building a basis for developing and managing policy reform. We recommend one major change in the conditions precedent: to postpone to a later program the conditions dealing with redistribution of health personnel. We also recommend that the development of a national health plan document be postponed to the fifth installment.

- a. We recommend that the following be added to the conditions for the second installment of the counterpart funds:

Secretariat and counterpart funds:

A.1.(1)d. Restructuring of the Secretariat should have begun;

C.(2). Application procedures have been clarified, simplified, and publicized. Procedures for fund disbursement have been simplified and publicized.

C.(3). Potential grant applicants have been informed of the dates of Comité de Gestion meetings at least 3 months ahead of time.

C.(4). A seminar has been held to inform potential grant applicants of the application procedures and the criteria of selection for counterpart funds.

C.(5). The DEP's criteria for selection and decisions about project proposals for counterpart funds are documented.

DEP:

A.2.a.(3) The plan for reorganizing the DEP has begun to be implemented;

A.2.a.(2) The Ministry of Public Health has published the official responsibilities of the DEP;

Information System:

A.2.b.(1). The Ministry will have begun a study on the organization and staffing of statistical services within the Ministry and in the regions. Such a study should include a close analysis of the tasks required and the manpower needed. Analyses of tasks should be sufficiently detailed to assess the number of person-hours needed to enter data, carry out analyses, maintain programs and computers; Consideration should be taken of the staff needed to train and retrain personnel in data collection. The study should also examine the present volume of reports produced and recommend what types of reports should be routinely produced for a statistical yearbook.

A.2.b.(2). This study should produce recommendations for the organization of the statistical services and for a phased-in implementation of the staffing plan necessary to carry it out. This staffing plan should begin to be implemented no later than March 1990.

b. Additional conditions for the third installment:

Secretariat and Counterpart funds:

A.1.(1)d. Restructuring of Secretariat completed and the allocation, distribution, and monitoring of counterpart funds is functioning smoothly.

DEP:

Reorganization completed; 100% staff identified as needed in study assigned.

Information System:

Completion of reorganization of central Ministry statistical services; 100% of staff identified in study as needed assigned to central Ministry statistical services; New national information system in use throughout country by mid-1990.

- c. Additional conditions for the fourth installment:

Information system:

100% of staff identified in study as needed in regional statistical services have been assigned; publication of statistical yearbook (in 1991 for 1990 data).

- d. Additional conditions for the fifth installment:

Health Planning:

National Health Plan developed using data from statistical yearbook.

4. Responsibilities of the Government of Niger, USAID, and long-term technical assistants

- a. Government of Niger

A.3.(1). We recommend that the Ministry of Plan increase its participation in Sector Grant Program activities by working more closely with the Ministry of Health in preparing semi-annual and annual reports required under the Agreement;

A.3.(2). The Ministry of Plan should take a more active supervision of the functions of the Secretariat when, as is recommended, some of them are transferred to its authority;

B.(1). We recommend the activation of a committee of senior Government of Niger and USAID officials to meet twice annually to review progress on policy reforms, to discuss appropriate strategies, and to report annually on its assessments of the policy process. This committee, composed of representatives from several Ministries will monitor the analysis and review of progress toward reform as well as serve as a forum for widening the debate on selected policy issues.

B.(2). The Ministry of Public Health should designate a senior individual within the DEP whose major task will be to monitor policy development.

b. USAID

D.2.(1). USAID should improve its financial monitoring of counterpart funds. All decisions made on sub-project funding should be documented as should fund disbursement.

D.2.(2). Projects supported by counterpart funds should be monitored regularly to assure that funds are being appropriately used.

D.2.(3). USAID should continue to work with other donors not just to clarify per diem policy but also to implement a uniform policy across donors that would be consistent with USAID's policy towards its own local employees.

c. Technical Assistance

Long-term:

D.1.a.(2). The technical assistance team should be encouraged to develop plans and strategies that will facilitate the Ministry's institutional and policy development, and should be discouraged from undertaking activities that do not include a considerable Nigerian input, even if this means that certain objectives cannot be attained.

D.1.a.(3). The comprehensive studies required under the Tulane contract should be trimmed in favor of a series of separate reports on the policy processes for each policy specific to the Grant program. Such reports will have a more direct practical application since, as discussed in section III B, each policy has its unique environment. We recommend, for example, that the first analysis be of the policy environment of cost recovery for non-hospital services. This analysis should include all the issues that need to be addressed for making decisions (among others, to what organization are returned the fees or taxes collected? who are the relevant decision makers, and who are the interested parties). This analysis should recommend strategies for the Ministry of Public Health to bring the relevant decision makers into the policy development process and also to bring interested parties, such as health services personnel, into this process. Finally, the technical assistance team should assist the Ministry to design strategies for developing popular acceptance of cost recovery.

D.1.a.(4). Given the delays in implementing the Grant program, three long-term technical assistant positions should be continued for at least another two years, and, if funds permit, a third year.

D.1.a.(5). To respond to the need for increased institutional and policy development support we recommend the profiles for the team members be modified as follows:

- a) Policy and management specialist/chief of party to assist Ministry to develop policies in health sector and undertake management and planning studies. This senior person should be experienced in policy analysis and implementation, and have worked previously successfully in policy and institutional development. Tasks will include preparing reports on policy development process and strategies for policy reform, as well as overseeing the organizational, task, and staffing analysis of the DEP, and assisting in reorganization of the statistical services;
- b) Epidemiologist/information management specialist whose task will be to assist the Ministry to develop an integrated statistical services and information system that routinely puts out analyses of services, resources, and health needs; a priority should be a study of the organization and staffing of statistical services with task analyses and staffing plans.
- c) health economist, to work with the chief of party and the Ministry in carrying out technical analyses and options for policy reforms.

Short-term:

D.1.b.(2). If qualified Nigerien consultants are not available and if medium-term expatriate consultants are also not available, the Program should use recurrent short-term consultants, that is, short-term consultants who return at set intervals to Niger. In this way, not only do the consultants become known to the Ministry, but they also become available for follow-up discussion.

5. Indicators of Program Impact

E.2.a.(1). For each of the policy reforms and institution building activities in the Grant Agreement, we propose in Table 5 indicators by which to evaluate progress toward objectives.

E.2.b.(1). We recommend that the use of counterpart funds be evaluated for conformity to the four priority activities for the Program Grant and also that a minimum of one-quarter of their funds be used for child survival activities (narrowly defined).

We recommend that the effect of counterpart fund sub-projects designed to develop management capacity, be evaluated by process indicators (e.g. number of supervisory visits; facilities participating in the information system).

We do not recommend the use of impact indicators, as such, to evaluate the use of counterpart funds. Those indicators are best used to evaluate the program as a whole.

These recommendations apply specifically to the Health Sector Grant. If these recommendations are followed, a similar working group, or a merged working group should meet to develop a parallel structure for the Agriculture Sector Grant. These profiles supplement certain elements in present scopes of work of the technical assistance team by emphasizing particular areas of concentration. These profiles should not be interpreted as totally replacing the present scopes of work which are, for the most part, adequate to the tasks.

Appendix 1

Work Plan of the Evaluation Team

(French version only available)

PLAN DE TRAVAIL
DE L'EQUIPE D'EVALUATION A MOYEN TERME DE
LA SUBVENTION AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

7 aout 1989

L'Equipe d'évaluation se compose de six personnes: deux évaluateurs de l'University Research Corporation des Etats-Unis d'Amérique, Dr. Anne-Marie Foltz, épidémiologiste/planificateur, et Ms. Ann Levin, économiste de la santé, et quatre homologues du Gouvernement du Niger: deux responsables du Ministère de la Santé Publique, Dr. Yahaya Amadou, DDS de Tillabery, et M. Souley Lié Moustapha, directeur administratif, Bureau de la recherche/DFEPS; et deux responsables du Ministère du Plan, M. Hamidou Doullayi, Chef, Division Santé et Démographie, Direction des programmes et du Plan, et Mme. Moussa Aminatou, Chef, Division des reformes sociales, Direction Analyses Economiques et Prévisions.

Les termes de référence pour cette évaluation se trouvent dans le document, "Description du Travail: Evaluation à Moyen Terme du Programme de la Subvention au Développement Sanitaire." En ce qui suit nous présentons les questions à poser au cours de nos recherches, les méthodes de travail, le calendrier à retenir, et quelques problèmes potentiels.

I. Questions à Poser

L'Equipe d'évaluation a retenu les questions suivantes pour encadrer leurs recherches aux cours des interviews, l'examen des documents, et les visites sur le terrain. Les questions ont été regroupées en suivant les quatre aspects principaux du programme.

L'Impact de la SDS sur la Politique Sanitaire

Est-ce qu'il y a eu de l'effet mesurable de la SDS jusqu'à maintenant? Par quels indicateurs? Est-ce qu'on devrait élaborer d'autres indicateurs pour mesurer l'impact?

Dans quelle mesure les conditions préalables et leurs objectifs associés ont été atteints? Si les conditions préalables n'ont pas été atteintes, auxquelles contraintes se sont-elles heurtées?

- Recouvrement des coûts à l'hôpital de Niamey
- Recouvrement des coûts dans les autres centres de santé
- Mise en place d'un système de comptabilité à l'hôpital de Niamey
- Mise en place d'une liste de médicaments essentiels, et réduction des prix
- Changements dans l'affectation des ressources au budget national pour diminuer les pourcentages alloués au personnel et aux services hospitaliers pour favoriser les soins de santé primaires et les zones rurales.

72

- Amélioration de la gestion des ressources en personnel pour favoriser les zones rurales: mise en place d'un plan de formation et recyclage du personnel;
- Mise en place et utilisation par les décideurs d'un système national d'information sanitaire; élaboration des procédures pour le développement d'un plan de santé à partir d'une politique décentralisée;
- Politique nationale démographique et extension des services de planning familial.

La Mise en oeuvre des réformes de politiques sanitaires

Dans quelle mesure les études des consultants à court et à long terme aident-elles à mettre en oeuvre les réformes politiques prévues? Quelles sont les contraintes pour mettre en oeuvre une politique de recouvrement des coûts hospitaliers et non-hospitaliers? Est-ce qu'il faut encore d'études? Si oui, de quel genre?

Pourquoi a-t-on réussi à changer assez vite les textes législatifs sur la contraception tandis qu'on est toujours au stade des études sur la question du recouvrement des coûts?

Quel est le rapport entre l'initiative de Bamako et les activités de la SDS en matière de recouvrement des coûts?

La Mise en oeuvre et l'utilisation des fonds de Contrepartie

Quels projets ont été financés sur le fonds de Contrepartie? Quels projets ont été rejetés? Pour quelles raisons? Est-ce que le Comité de gestion a des critères précis pour les prises de décision vis-à-vis des financements des projets? Est-ce que les projets financés par le fonds de contrepartie répondent aux critères des activités de la SDS?

L'Administration et la gestion de la SDS

La mise en place de la SDS demandait la création d'une nouvelle Direction (DEP) au sein de la Ministère de la Santé Publique pour coordonner la gestion. Elle impliquait aussi d'autres organismes, en particulier, au Ministère du Plan le comité de gestion et son secretariat qui ont été établis pour gérer les fonds de contrepartie. En plus, il y a eu de l'assistance technique à court et à long terme de Tulane-Abt et la supervision de l'USAID.

Dans quelle mesure ces organismes et leur personnel ont travaillé efficacement pour permettre du progrès vers les objectifs de la SDS? Est-ce que la capacité administrative en gestion, comptabilité, etc. est acquise?

Est-ce qu'un personnel approprié et suffisant a été affecté à ces organismes? Est-ce que ce personnel est, ou le sera à la fin de la SDS, assez bien formé pour prendre la relève à la DEP?

Est-ce que ces organismes coordonnent bien leur travail? Est-ce qu'on a établi des procédures claires pour permettre le

bon déroulement du travail de ces organismes dans le cadre de la SDS? pour superviser les projets et l'utilisation des fonds déboursés?

Est-ce qu'on devrait maintenir l'assistance technique à long terme? Si oui, avec quelle composition?

Quels sont les changements nécessaires à l'avenir pour assurer le bon déroulement des activités de la SDS et permettre leur prise en charge éventuelle par le Gouvernement du Niger?

II. LES METHODES

Nous prenons comme point de départ les indicateurs regroupés au "Logical Framework" (connu sur le nom, Logframe) en Annexe A du document: Niger Health Sector Support Program (683-0254) Program Assistance Approval Document, Juillet 1986. Ce tableau "logframe" résume les buts et les objectifs du programme aussi bien que les indicateurs à utiliser pour vérifier dans quelle mesure les objectifs ont été atteints (Voir en Annexe A- traduction française toujours à faire).

A. Interviews:

La liste de personnes à interviewer a été arrêtée à partir des acteurs pertinents à la SDS. Cette liste est complétée par les personnes suggérées par les acteurs déjà interviewés (technique "boule de neige"). De cette manière nous comptons allonger cette liste tout au long de notre travail.

Nous regroupons les personnes à interviewer par leur affiliation. Au sein de la même organisation les questions spécifiques dépendront du rôle de l'individu et de ses activités par rapport à la SDS. La liste de personnes retenues se trouve en Annexe B. Ici on regroupe de manière schématique les organismes et les sujets à aborder.

USAID: Personnes: Directeur, General Development Office, Health development office, Contrôleur, Agriculture Development Office.

Sujets: Supervision; Déroulement; Problèmes rencontrés; Evaluation de l'assistance technique; relations avec le comité de gestion; Comparaison avec la Subvention à l'Agriculture; rapport avec MSP

Ministère de la Santé Publique

SG: Sujets: Gestion et organisation du Ministère; évaluation de l'assistance technique, développement d'une politique sanitaire; rapport avec l'USAID

Inspecteur Général: Sujets: Développement de la DEP; comité des médicaments

DEP: Personnes: Directrice, Directrice adjointe, Statisticiens, planificateurs, homologues aux

assistants techniques. epidemiologistes:

Sujets: Gestion. Supervision des projets.
Elaboration de plan; coordination avec d'autres
directions; évaluation de l'assistance technique;
rapports avec le comité de gestion; système
d'information sanitaire; statistiques disponibles.

Conseillers techniques: Tulane-Abi (3)

Sujets: l'avancement des travaux prévus dans le
plan; rapports et coordination avec MSP
responsables, particulièrement DEP; fonds de
contrepartie; système d'information.

DES. DSMI. DAAE. DIS. DEEPS. PEV. Maladies
Diarrhéiques. Paludisme

Personnes: Directeurs

Sujets: Coordination avec DEP. évaluation de
l'assistance technique. les fonds de contrepartie.
système d'information sanitaire.

L'Hôpital de Niamey:

Personnes: Directeur. Gestionnaire. surveillant
Sujets: recouvrement des coûts. comptabilité.
assistance technique

Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine

Personnes: Directeur de la Planification Familiale
Sujets: Progrès vers une politique, rapports avec DEP. Fonds
de contrepartie

Ministère du Plan

Personnes: Comité de Gestion. Secretariat
Sujets: Gestion des fonds de Contrepartie. supervision des
projets; utilisation des études pour la planification

Bailleurs de Fonds

Sujets

FNUAP
UNICEF
FED
FAC
RESSFOP
MSF
OMS
Banque Mondiale
Africare
CARE
Helen Keller Foundation

Politique de Démographie
Programme PEV. relations USAID
Etude Rec. des coûts; eval SDS
Rapports avec la DEP
Etude Rec. des coûts; eval SDS
PEV. SNIS. travail de la DEP
Initiative de Bamako.
Recouvrement de coûts. études
Fonds de contrepartie
"
"

B. Visites sur le Terrain

Le temps disponible pour faire les visites sur le terrain étant très bref (2-3 jours), l'équipe d'évaluation veillera à ce que ses visites soient pertinentes aux besoins d'information pour évaluer la SDS. Nous avons retenus quatre types d'informations qu'on ne pourra recueillir que dans la périphérie ou qu'il faudra mieux observer:

1-Le système de recouvrement de coûts dans les hôpitaux nationaux et leur système de comptabilité et les attitudes des responsables vis-à-vis de ce système.

2-Le système d'information sanitaire existant et les attitudes des responsables face au nouveau système;

3-L'observation du stock de médicaments aux dispensaires et aux CHD;

4-L'observation d'un système de recouvrement de coûts qui est déjà sur place depuis quelque temps.

Le choix de sites à visiter reste à discuter.

C. Documents à consulter

Voir la liste de documents en Annexe C.

III. CALENDRIER

27 juillet	Arrivé de l'équipe américaine
28 "	Réunion de l'équipe d'évaluation avec le comité d'évaluation, rencontre avec le Ministre de la MSP
31 juillet au 2 août	Interviews: USAID, Bailleurs de fonds, MSP.
3-4 "	Jours fériés
7 "	<u>Plan de travail</u> distribue
7-11 "	Interviews: bailleurs, MSP, MP, comité de gestion, secretariat
9 "	Réunion d'équipe d'éval. avec comité d'éval pour discuter plan de travail
14-16 "	Visites sur le terrain
17-19 "	Début du travail de rédaction du Rapport
21 "	<u>Grandes lignes du Rapport</u> distribué; Réunion de l'Equipe pour en discuter
21-26 "	Rédaction du rapport et traduction
28 "	Distribution de <u>brouillon du Rapport</u>
30 "	Discussion sur le brouillon avec le Comité d'évaluation
28 aout-1 sep	Rédaction, revision, et traduction du rapport
1 sep	Départ de l'équipe américaine
fin septembre	Revisions et soumission du <u>Rapport final</u>

IV. PROBLEMES POTENTIELS

Trois problèmes potentiels peuvent perturber ce calendrier chargé. Le premier problème peut survenir si les personnes que nous avons à interviewer pour avoir une bonne compréhension de la SDS ne sont pas disponibles. Par exemple, la directrice de la DEP, le bureau le plus impliqué dans la mise en oeuvre du programme, ne sera disponible qu'après le 7 août (10 jours après le début du travail).

En plus, il faudra veiller à ce que les réunions programmées par le Comité d'évaluation, surtout avec les responsables de l'USAID, le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé Publique, sur le plan de travail et sur le brouillon du rapport aient lieu aux dates prévues pour permettre à l'équipe de compléter son travail avant le départ des consultantes américaines.

Enfin, puisque certains des membres nigériens de l'équipe d'évaluation ne sont pas déchargés de leurs tâches quotidiennes, ceci limite leur participation à plein temps.

Appendix 2
Persons Interviewed

USAID

George Eaton, Director (31 July)
Carina Stover, Health and Population Officer (31 July)
Margaret Neuse, Health Program Officer (9 August)
Erna Kurst, Program Development (31 July)
Beatrice Beyer, Program Officer (31 July)
Frank Martin, Economist (31 July)
Pamela Callen, Controller (31 July)
Roger Bloom, Agricultural Project Officer (31 July)
Oumarou Kane, Health Development Officer (31 July)
Susan Wright, Population Officer (16 August)
Maurice Middleberg, Former Population Officer (16 August)
Gregory Hemphill, Contract Officer (14 August)

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Medecin Lt. Colonel Ousmane Gazéré, Minister (28 July)
Dr. Moha Abdou, Secretary General (2 August)
Directorate of Studies and Programming
Mme Gado Hadiza, Director (9 August)
Mme Mazou Rabi, Assistant Director (7 August)
Ibrahim Chaibou, Chief of Bureau of Statistics and
Epidemiology (2 August)
Amadou Harouna, Chief of Division of Legislation and
International Relations (7 August)

Tulane-Abt Team

Jim Setzer, Team Leader (1 August)
Ian Sliney, Epidemiologist/Computer Programmer (1 August)
Dr. Marcia Weaver, Health Economist (5 August)
Dr. Nancy Mock, Principal Investigator (9 August)
Dr. Marty Makinen, Economic Manager (21 August)

Niamey Hospital

- Dr. Amadou Sekou Sako, Director, Niamey Hospital (2 August)
Bachabi Youssouf, Accountant, Niamey Hospital (2 August)
Sani Amadou, Surveillant General, Niamey Hospital (2 August)

Directorates and Programs

- Atari Moussa, Chief Division ESV/DES (2 August)
Mme. Abdoulaye Marie Tinni, Director DAAF (8 August)
Dr. Idi Moussa Djataou, Director PEV (9 August)
Issa Baguirbi, Director, Program for the Fight against
Diarrheal Diseases (9 August)
Tinni Inoussa, Chief, Division des Infrastructures Sanitaires (8 August)
Dr. Diallo Moustapha, Director (11 August)

Minister of Social Affairs and the Feminine Condition

- Dr Maidouka Halima, Director, Family Planning (2 August)

Ministère du Plan

- Issaka Hamani Bawa, Director, DFI, President du Comité de Gestion (10 August)

Comité de Gestion: Members

Secretariat:

- Ousseyni Djibo, Executive Secretary (11 August)
Maman Sofo Bawa, Health Technician (14 August)
Maman Roufai, Financial Analyst (11 August)
Yahaya Gigiri, Financial Analyst (11 August)
Abache Chaibou, Financial Analyst (11 August)
Bashir Sale, Accountant (12 August)

OTHER ORGANISATIONS

- UNFPA, Philippe Delanne (1 August)
UNICEF, Boubacar Sock (1 August)
WHO, Dr. N.L. Doumtabé (2 August)
World Bank, Pierre Nignon (10 August)
FAC, M. Térot (9 August)
FED, Dominique David (11 August)
RESSFOP, Dr. Therese Juncker (10 August)
Project Regional de Gestion Financière au Sahel, Richard Crane (14 August)

FIELD VISITS

Balleyara: Medical Poste, Nurse, Tawiyi Alassane (17 August)

Bonkougou: Rural Dispensary, Nurse (17 August)

**Chiwil: Village Health Team
2 matrones, 1 secouriste (17 August)**

**Say: Medical Center, 18 August
Director, Mohammed Seyni
Assistant Director
Midwife**

**Karma: Rural Dispensary, 18 August
Nurse, Mohammed Abdou
Nurse, Mme. Sani Fatima**

Appendix 3

Documents Consulted

DOCUMENTS ON THE NIGER HEALTH SECTOR GRANT:

The NHSS Grant Agreement, August 1986
First Amendment to the NHSS Grant Agreement
Second Amendment to the NHSS Grant Agreement
Third Amendment to the NHSS Grant Agreement, August 1989

Contract for Tulane Technical Assistance, February 19, 1988

NHSS Program Assistance Initial Proposal - date?

NHSS Program Assistance Approval Document - Volume I, Text and Statutory Annexes, July 1986

NHSS Program Assistance Approval Document - Volume II, Technical Annexes, July 1986

Tulane/Abt Activities Report- March 1988-August 1988

Tulane/Abt Activities Report- Year One, March 1989

Project Implementation Reports, USAID - Sept. 1988 - June 6, 1989

Etat d'Avancement des Activities dans le Cadre de la SDS, by la DEP, juillet 1989

Project Implementation Letters, USAID

Memorandum by M. Neuse: Proposed Changes in the Policy Measure Indicators for the Niger Health Sector Support Grant, December 29, 1988

Documents of USAID:

Rural Health Improvement Project Closeout Report, date?
Niger Rural Health Improvement Project Evaluation, April 1982
Final Evaluation: Agricultural Sector Grant, March 1989
US Embassy Policy on Per Diem in Niger, 1989
Scope of Work: Mid-Term Evaluation of NHSS

DOCUMENTS ON THE DEP:

Plan du Travail de la DEP/TAG signed by the Minister of Public Health, date?

DOCUMENTS ON COST RECOVERY IN NON-HOSPITAL SERVICES:

Enquête Nationale sur l'utilisation des services de santé, Cellule des Etudes et de la Planification, 1987

La participation de la population au financement des actions de santé, by Ibrahim Magagi, Maazou Rabi et Marcia Weaver July 1988

Rapport sur les Dixièmes Journées d'Etudes de la Santé, Dosso du 15 au 21 juillet 1989, pp. 42-60

Les idées pertinentes à la discussion de la Participation de la Population au financement des actions de santé, by M. Makinen 10 January 1989

Les projets pilotes pour le Recouvrement de Coûts au Niveau des Formations Sanitaires, by M. Weaver 17 January 1989

Des Projets Pilotes pour le Recouvrement de Coûts des Services de Santé Primaire au Niger: Methodologie, by Holly Wong 5 May 1989

Memorandum: Les visites aux formations sanitaires, by Holly Wong 5 May 1989

DOCUMENTS ON COST CONTAINMENT MEASURES:

Rapport sur les Dixièmes Journées d'Etudes de la Santé, Dosso du 15 au 21 juillet 1989, pp. 1-28

Liste of 60 Essential Drugs, le Sahel of 19 January 1989

Convention de Financement entre la Communauté Economique Européenne et la République du Niger, FED

DOCUMENTS ON FINANCIAL RESOURCE ALLOCATION:

L'évolution du Budget de Fonctionnement du Ministère de la Santé au cours de la période 1978-1988, by F. De Caillet de February 1988

An Analysis of the 1988 Recurrent Health Budget of Niger, by Karen Budd, 7 September 1988

Premiers éléments d'appréciation sur le budget de fonctionnement du MSP/AS/CF (Crédits 1989), by F. De Caillet October 1988

Study of Budget Allocation Policy and Programming Issues in Niger, Including an Analysis of Budget Allocations in 1988, Part 1, by Karen Budd, 18 July 1989

Report no. 2, by Karen Budd, draft, July 1989

DOCUMENTS ON RESOURCE MANAGEMENT OF HEALTH PERSONNEL:

Elaboration d'un plan d'Utilisation du Personnel de la Santé: Methodes et Recommandations, by Sif Ericsson May 1988

Seminaire sur l'analyse systémique du programme de santé villageoise du 12 au 16 juin 1989

9

Résultats Préliminaires de l'Analyse Systemique du Programme de Santé Villageoise, by la DEP, la DES et PRICOR june 1989

Resultats de l'Analyse Systemique du Programme de Santé Villageoise, by la DEP, la DES et PRICOR , july 1989

Memorandum by Tisna van Zanten: Status Report of follow-up activities after the systems analysis and the Workshop on Village Health Teams, July 28, 1989

DOCUMENTS ON HEALTH SECTOR PLANNING:

Planning:

Projet de Plan de Santé rurale pour les Années 1990-1991, by Vincent Brown september 1988

Processus et Calendrier à Suivre pour la Préparation du Plan de Santé Rurale Pour les Années Fiscales 1990-1991, by Vincent Brown september 1988

Health Information System:

Les Besoins en Information Sanitaire des Decideurs, by l'Equipe Tulane, 1985

Rapports de l'Equipe Tulane-Abt sur la Situation des Systèmes d'Information Automatisés au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, by Ian Sliney, April 1988

Rapport d'Evaluation du Test du Nouveau Système de Collecte de Données; Rapport de Médecine de Soins/Télégrammes Officiels, by Ali Kiaffi, Ibrahim Chaibou and Ian Sliney 12 august 1988

Rapport d'Evaluation du Test du Nouveau Système de Collecte de Données sur les Activités PMI, by Oumarou Adamou and Ian Sliney november 1988

Plan pour la Vulgarisation et Financement du SNIS, présenté au Comité de Gestion de la SDS en novembre 1988

Rapport sur l'Etat d'Avancement de la Mise en Place des Systèmes d'Information du Ministère de la Santé Publique en 1988, by Ian Sliney 7 february 1989

Instruction pour le Remplissage des nouveaux Supports pour la Collecte et Rapport des Données, by la DEP May 1989

Le Jeu Complet des Supports au Nouveau Système d'Information

DOCUMENTS ON DEMOGRAPHIC POLICY AND FAMILY PLANNING

Services:

Grant Agreement - "Family Health and Demography", signed by GON and USAID in August 1988

Evaluation de Base, Projet Santé Familiale et Demographie au Niger, Ministère du Plan et MAS/CF, may 1989



DOCUMENTS ON THE COMITE DE GESTION (MANAGEMENT COMMITTEE):

Procès-verbaux du Comité de Gestion

Liste de propositions soumise au Secrétariat et Liste de propositions acceptées

Memorandum by Richard Crane: Health Sector Grant Fund Reconciliation,
June 22, 1989

DOCUMENTS ON NIGER:

Plan de Développement Economique et Social du Niger, 1987-91, 1986

Le système de Santé et la Politique de développement sanitaire au Niger,
Ministry of Public Health, May 1989

DOCUMENTS ON COST RECOVERY IN HOSPITALS:

Niamey Hospital:

Rapport d'activités de l'hôpital national de Niamey 1988

The Reform of Hospital Tariffs:

Revision of options in the fee collection system of Niamey National Hospital, by
Taryn Vian, of 4 November 1988

Study of Niamey Hospital Costs, by Holly Wong, of 20 December 1988

Plan de Mise en Oeuvre de l'Etude du Montant des Coûts
Recouverts aux Hopitaux Nationaux et Centres Hospitaliers
Départementaux, by Marcia Weaver, Kadi Handou, Zeinabou Mohammed, 4
July 1989

Survey of National Niamey Hospital Patients: Results and Implications for
Hospital Tarif Reform, by Marcia Weaver, Handou Kadi and Zeinabou
Mohammed, 4 June 1989

The Accounting System:

Accounting System and Financial Management at the Niamey Hospital, by
Taryn Vian, 5 July 1988

Notes on the Choice of Key Indicators and the Elaboration of Reports, by
Taryn Vian, 7 July 1988

Proposition for Operational Research in order to elaborate a better system of
accounting and financial management for the Niamey National Hospital, by
Taryn Vian, Oumarou Mahamadou, Nouhou Tari, Kalil Sidi

Situation au 31 Mai 1989 de l'Etude sur le système comptable de l'hôpital de
Niamey, by Nouhou Tari, 1 June 1989

**Annexes: Curriculum de Formation des Prestataires de Services de Services en
Planification Familiale au Niger, Volume 2, MSP/AS/CF, Direction de la
Planification Familiale**

**Deuxième Recensement General de la Population 1988, Resultats Provisoires,
Ministère du Plan, Bureau Central du Recensement, January 1989**

**Programme National d'Actions dans le domaine de la Demographie, by Mme.
Alichina Idrissa Kourgueni et Diallo Yacine Marius, Direction de la Statistique
et de l'informatique, Ministère du Plan, April 1989**

**Programme d'Action de N'Djaména Concernant la Population et le
Développement au Sahel, CILSS**

25

XD-ABA-805-B
ISA 65773

**EVALUATION A MOYEN TERME DE
LA SUBVENTION AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE
(NIGER)
SEPTEMBRE 1989**

Membres de l'Equipe:

Dr. Anne-Marie Foltz, URC, Chef de l'Equipe

Ann Levin, URC

Dr. Yahaya Amadou, DDS Tillaberi

Souley Ilé Moustapha, DFEPS/MPH

Hamidou Doulayi, DPP/MP

Aminatou Moussa, DAEP/MP

86

TABLE DES MATIERES

RESUME	111
ABBREVIATIONS	vi
REMERCIEMENTS	vii
I. INTRODUCTION	1
A. Historique	1
B. Méthologie de l'évaluation	3
C. Plan du rapport	4
II. DESCRIPTION DES ACTIVITES ET RESULTATS	5
A. Les conditions préalables: progrès et problèmes	5
1. La première tranche	5
2. Les conditions préalables de la deuxième tranche	6
3. Résumé des progrès vers la 2ème tranche	12
B. Utilisation des fonds de contrepartie	13
1. Sélection des projets à financer	13
2. Projets approuvés	14
C. Formation	16
1. Formation à long terme	
2. Formation à court terme	
3. Séminaires	
4. Formation en informatique	
III. ANALYSES	17
A. Analyse du développement de la capacité institutionnelle	17
1. Gestion des fonds de contrepartie: Le Secrétariat	17
2. Organisation et activités du Ministère de la Santé Publique	20
a. Structure, attributions de la DEP	21
b. Système National d'Information	26
3. Responsabilités et Activités du Ministère du Plan	30
B. Analyse des réformes des politiques sanitaires	31

ST

C. L'Utilisation des fonds de contrepartie	34
D. Assistance technique et la gestion de l'USAID	40
1. L'Assistance Technique	
a. A long-terme	40
b. A court-terme	43
2. Gestion de la SDS par l'USAID	43
E. Objectifs, Conditions Préalables et Indicateurs d'Impact	45
1. A-propos et Practicabilité des Conditions	46
2. Indicateurs de l'Impact	49
3. L'Impact des réformes jusqu'à aujourd'hui	51
IV. RECOMMANDATIONS	59
ANNEXES	
Annexe 1: Plan de Travail de l'Equipe d'Evaluation	
Annexe 2: Personnes interviewées	
Annexe 3: Documents consultés	

.....

TABLEAUX

Figure 1, Organigrammes, Ministère de la Santé Publique	23
Tableau 1, Eléments du Contexte politique des Réformes	33
Tableau 2, Projets Approuvés	35
Tableau 3, Pourcentage de fonds alloués	37
Tableau 4, Pourcentage de fonds distribués	39
Tableau 5, Indicateurs pour évaluer le Programme	52

js

RESUME

L'Accord de Subvention au Développement Sanitaire est un mécanisme à la fois ambitieux et innovateur qui a pour but d'apporter un appui budgétaire au Gouvernement du Niger dans sa politique de réformes visant à rendre les services sanitaires plus efficaces et à permettre un recouvrement de certains coûts du secteur de la santé.

Au cours des deux premières années de sa mise en oeuvre, le programme a bien fonctionné au bénéfice du Niger: la recherche de systèmes de recouvrement de coûts qui soient testables est en progrès. Les travaux nécessaires à l'amélioration du système comptable de l'Hôpital de Niamey ont démarré; ce système permettra à son tour d'améliorer le recouvrement des coûts. Le Gouvernement du Niger a agréé une liste de médicaments essentiels dont le prix de vente a connu une baisse.

D'autres plans sont envisagés afin de réduire le coût des médicaments achetés par l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC). Un système d'information sur la gestion est en cours d'élaboration. La loi autorisant l'usage des méthodes modernes de contraception a été adoptée. Proposition a été faite pour un plan de politique démographique. En outre, la première partie du fonds de contrepartie a été allouée de façon appropriée et utile aux projets qui entrent dans le cadre des lignes directrices de la Subvention.

Ces résultats positifs doivent être néanmoins considérés à la lumière des problèmes rencontrés. La mise en oeuvre de l'Accord de Subvention s'est faite beaucoup plus lentement que prévu, soit un retard de deux ans au moins par rapport au calendrier initial. Suivant nos estimations, il faudra attendre au moins jusqu'au début de l'année 1990 (plus de deux ans et demi depuis la première tranche) pour achever la deuxième série de conditions préalables.

Contrairement aux prévisions, la réforme politique s'est avérée beaucoup plus complexe et a nécessité beaucoup plus d'énergie autant de la part des homologues nigériens que des assistants techniques. Par conséquent, malgré les progrès réalisés dans certains domaines, d'autres ont reçus moins d'attention. Il s'agit notamment des domaines suivants: le développement de la planification, la réaffectation du personnel sanitaire, et l'évaluation des activités de politiques et de planification. Afin de pouvoir jouer son rôle qui consiste à fournir au Ministère la documentation nécessaire à la planification, à la gestion, et à l'analyse des politiques, le système d'information au niveau central et régional requiert une plus grande attention.

On a relevé plusieurs contraintes dont certaines se situent au niveau organisationnel et d'autres au niveau des ressources. Il s'agit précisément des contraintes suivantes: le Secrétariat chargé de la gestion du fonds de contrepartie connaît lui-même une gestion insuffisante. Ce problème existe depuis plusieurs années (le même Secrétariat assure la gestion de l'Accord de Subvention au Développement du Secteur Agricole) et aucune des solutions appliquées jusqu'ici, y compris l'assistance technique, n'a permis de les résoudre. Le problème serait plutôt d'ordre structurel. Le Secrétariat en lui-même est une entité administrative comportant quelques anomalies.

La Direction des Etudes et de la Programmation (DEP) établie au sein du Ministère de la Santé Publique a la responsabilité de mettre à exécution et de superviser les activités de la Subvention; mais la DEP connaît un sérieux manque de personnel et un organigramme mal adopté aux responsabilités élargies. Alors que les activités de la Subvention sont passées du simple au double, on constate que le nombre de cadres au niveau de la DEP est resté inchangé.

Par conséquent, ni la DEP, ni le Ministère de façon générale n'ont pu bénéficier pleinement de la formation continue assurée par les assistants techniques; en outre, il n'a pas été possible de consacrer suffisamment de temps à l'élaboration d'un système d'information intégré. Il en résulte que la mise en place de la capacité institutionnelle nécessaire au Gouvernement du Niger pour prendre la relève au terme du programme n'est pas effective.

Les domaines sélectionnés au niveau de l'Accord de Subvention pour la politique de réformes sont opportuns et importants. Les assistants techniques ont aidé le Ministère à produire de nombreux rapports sur le recouvrement des coûts dans les hôpitaux et dans les services non-hospitaliers, sur la réduction des coûts, les allocations budgétaires, et les systèmes comptables hospitaliers.

Les problèmes de gestion et de personnel limité ont entraînés une insuffisance de la documentation sur les activités menées. Il en résulte que les rapports semestriels du Gouvernement du Niger requis par la Subvention ne sont pas disponibles. Les responsables de l'USAID ont bien surveillé les activités du programme. La surveillance financière par l'USAID a été moins satisfaisante.

Si l'on prend en considération les accomplissements et l'activité vigoureuse et continue de l'Accord de Subvention, nous recommandons que des révisions à mi-parcours soient instituées pour permettre l'exécution des buts principaux du programme, l'institutionnalisation de ses activités, et en même temps de ne pas accabler les ressources humaines disponibles. Ces recommandations sont faites, en gardant à l'esprit l'importance

v

de faciliter le développement institutionnel qui permettra au gouvernement du Niger de continuer les activités du programme, une fois que la Subvention aura pris fin.

Ces révisions concernent :

- 1) La redefinition des priorités afin d'améliorer la gestion et d'augmenter le niveau de participation du Gouvernement du Niger en ressources humaines aux activités prioritaires du Programme;
- 2) La mise en oeuvre des activités ou actions spécifiques à prévoir avant la signature de l'accord sur la prolongation de l'assistance technique à long terme;
- 3) La modification de certaines conditions préalables afin de prendre en compte les priorités révisées pour donner haute priorité aux objectifs de renforcement institutionnel tout en diminuant les conditions relatives aux activités de basse priorité.
- 4) Les responsabilités du Gouvernement du Niger de l'USAID, et de l'équipe d'assistance technique.
- 5) Les indicateurs de l'impact du Programme.

ABBREVIATIONS

- Comité de Gestion: Comité de Gestion de la Subvention au Développement Sanitaire
- DAAF: Direction des Affaires Administratives et Financières, MSP
- DEP: Direction des Etudes et de la Programmation, MSP
- DES: Direction des Etablissements de Soins, MSP
- DIS: Division des Infrastructures Sanitaires, DES/MSP
- DDS: Direction Départemental de la Santé ou Directeur Départemental de Santé, MSP
- DFEPS: Direction de la Formation et de l'Education pour la Santé, MSP
- DFI: Direction du Financement des Investissements, MP
- DPP: Direction du Plan et de la Programmation, MP
- DSI: Direction des Statistiques et de l'Information, MP
- ESV: Equipe de Santé Villageoise
- MP: Ministère du Plan
- MSF: Médecins sans Frontières
- MSP: Ministère de la Santé Publique
- PASR: Projet d'Amélioration de la Santé Rurale
- ONPPC: Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
- PEV: Programme Elargi de Vaccination
- PIL: Program Implementation Letter (Lettre de Mise en Oeuvre de Programme)
- PMI: Protection Maternelle et Infantile
- Sécretariat: Secrétariat aux Comités de Gestion des Subventions au développement des secteurs agricole et sanitaire
- SDS: L'Accord à la Subvention au Développement Sanitaire
- SDSA: L'Accord à la Subvention au Développement du secteur Agricole
- SMI: Santé Maternelle et Infantile
- SNIS: Système National d'Information Sanitaire
- TO: Télégramme Officiel
- USAID: United States Agency for International Development

REMERCIEMENTS

L'Equipe d'Evaluation tient à remercier les responsables du Gouvernement du Niger, de l'USAID, et les représentants des bailleurs de fonds aussi bien que l'équipe Tulane-Abt de leur assistance en nous offrant leurs points de vue sur la Subvention en plusieurs interviews et en nous procurant la documentation nécessaire à cette évaluation.

Les membres du Comité de Supervision de l'Evaluation se sont réunies avec l'Equipe d'Evaluation le 28 juillet, et le 10 et 31 août où l'on a fournit des observations pertinentes et précieuses pour la mise en oeuvre de cette évaluation et la rédaction du rapport. Nos remerciements vont vers les individus qui ont suppléé ces observations par des commentaires détaillés par écrit: Ousseyni Djibo, Margaret Neuse, Jim Setzer, Ian Sliney, et Marcia Weaver. Nous remercions également nos traducteurs, Nicholas Nianduillet et Sahar Amer, et l'USAID et l'équipe Tulane-Abt de leur appui logistique.

I. INTRODUCTION

A. Historique

L'Accord de Subvention au Développement Sanitaire (SDS) vise un double objectif: aider le Gouvernement du Niger " à réaliser d'importantes réformes de politiques intéressant les domaines sanitaire et démographique et à alléger les contraintes financières aux principales prestations de services préventifs et de promotion en mettant l'accent sur la protection des enfants." Le mécanisme qui fonctionne à travers un fonds de contrepartie consiste d'une part à apporter un appui budgétaire à des projets sanitaires et démographiques sélectionnés et d'autre part, à fournir l'assistance technique nécessaire. Le déboursement des fonds est soumis à la mise en oeuvre d'un certain nombre de conditions préalables dont par exemple la réalisation d'études, et la mise en oeuvre de réformes.

La structure du programme est une véritable innovation qui se distingue des structures habituelles de subvention de projets dans la mesure où elle permet au Gouvernement de planifier et de gérer les fonds de contrepartie dans le cadre de l'Accord de Subvention. En outre, cette structure encourage la réforme des politiques sanitaires en fournissant l'assistance technique nécessaire au développement de la capacité de planification et de gestion. Le Gouvernement du Niger et l'USAID ont été les pionniers dans ce type d'accord de subvention lorsque les deux parties ont signé l'Accord de Subvention au Développement du Secteur Agricole (SDSA) en 1984, pour une durée de cinq ans.

L'Accord de Subvention d'un montant de 15 millions de dollars dont 4,5 millions étaient destinés à l'assistance technique et le reste au fonds de contrepartie a été signé en août 1986. En août 1987 le Gouvernement a rempli les conditions préalables au déboursement de la première tranche qui s'élève à un montant de 2,1 millions de dollars.

En février¹ 1988, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales avait créé en son sein la Direction des Etudes et de la Programmation. Cette direction était chargée de la mise en oeuvre des activités de la Subvention. A la fin de février, trois assistants techniques à long terme de Tulane-Abt ont pris fonction au Ministère de la Santé Publique au niveau de la DEP. Au cours des dix-huit mois qui ont suivi cette prise de fonction,

¹ Accord de Subvention au Développement Sanitaire, Section 2.1.

² Le mois de février est cité comme date de la création de la DEP par le directeur de la DEP dans Rapport d'Activités de la DEP--Année 1988. D'autres sources orales ont cité le mois de janvier.

les assistants techniques ont été soutenus par des consultants à court terme qui ont entrepris des études spécifiques.

Autant l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire que l'Accord de Subvention au Développement Agricole s'inscrivent dans les programmes du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale qui visent à apporter un appui institutionnel à la politique d'ajustement structurel entreprise par le Gouvernement. Cette politique d'ajustement a pour objectif d'apporter un appui aux secteurs économiquement rentables et d'encourager le recouvrement des coûts des activités sociales et sanitaires. L'Accord de Subvention au Développement Sanitaire a précisément été conçu pour compléter et contribuer aux activités du programme sanitaire de la Banque Mondiale.

Plus précisément la SDS a envisagé le développement de six types d'activités:

- "1. Augmentation des mesures de recouvrement de coûts dans les services de santé afin d'améliorer le niveau des soins de santé publique.
- "2. Réduction des coûts unitaires dans les services hospitaliers et dans le système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques afin d'utiliser plus efficacement les ressources financières disponibles.
- "3. Réaffectation des ressources financières du Ministère de la Santé Publique (MSP) afin d'augmenter le niveau des dépenses au niveau des services primaires et secondaires, et afin également de favoriser un budget proportionnellement plus important pour l'approvisionnement.
- "4. Amélioration de la gestion des ressources humaines et matérielles existantes, amélioration de la capacité du personnel à concevoir, exécuter et superviser les programmes de santé préventive et de promotion des programmes sanitaires, particulièrement en ce qui concerne la protection des enfants.
- "5. Augmentation de la capacité institutionnelle à planifier, gérer et assurer le suivi des programmes et des services sanitaires"
- "6. Promouvoir le développement des politiques démographiques nationales et augmenter l'accès aux prestations de services de planning familial."

A ce jour, l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire a été amendé trois fois. Les deux premiers amendements sont techniques et portent sur l'apport de fonds à la Subvention. Le troisième amendement qui a été approuvé en août 1989 a révisé une partie des conditions préalables pour les conformer à un

environnement politique en mutation. Ce troisième amendement a également prolongé la durée de la SDS d'une année, soit jusqu'à la fin de l'année 1992 afin de prendre en compte le retard accusé au début du programme.

Dans sa conception, la Subvention a bénéficié de l'expérience tirée de l'Accord de Subvention au Développement Agricole mis en place un peu plus de deux ans plus tôt. L'élément le plus commun aux deux types de subvention est la création d'un Comité de Gestion composé des représentants des ministères concernés et de l'USAID, et présidé par le Directeur des Investissements Financiers du Ministère du Plan. Ce comité décide de l'affectation des fonds de contrepartie avec l'assistance d'un Secrétariat qui doit à la fois fournir un appui technique, contrôler et suivre les projets financés par la Subvention. Ce Secrétariat a été créé en tant que cellule administrative autonome au moment de la mise en oeuvre de l'Accord de Subvention au Développement Agricole. Les fonds de la Subvention ont permis d'en assurer le financement. Cette même structure a été maintenue pour l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire.

Les concepteurs de la SDS se sont inspirés de l'expérience de l'Accord de Subvention au Développement Agricole pour essayer de définir clairement les activités et les réformes de politiques sanitaires à effectuer avant l'exécution de chacune des cinq tranches de déboursement des fonds. Il en a résulté un accord complexe composé d'une série d'étapes dont l'accomplissement dépendait d'une autre série d'étapes préalables. L'avantage de ce procédé réside dans la clarification des prévisions. Il présente l'inconvénient d'être rigide dans un environnement de changement de politique.

B. Méthodologie de l'Evaluation

L'Accord de Subvention fait mention d'une évaluation à moyen terme. Etant donné que la mise en place de la Subvention s'est faite une année après sa signature, cette évaluation est présentement en cours, deux ans après la mise en oeuvre, soit approximativement à mi-terme des activités, plutôt que deux ans après la signature de la Subvention.

L'USAID et le Gouvernement ont admis d'un commun accord que l'équipe d'évaluation soit composée d'américains et de nigériens: deux évaluateurs américains de l'University Research Corporation des Etats Unis, Dr. Anne-Marie Foltz, épidémiologiste, planificateur, et chef d'équipe, et Madame Ann Levin, économiste de la santé, et quatre homologues du Gouvernement du Niger: deux responsables du Ministère de la Santé Publique, Dr. Yahaya Amadou, DDS de Tillabery, et M. Souley Lié Moustapha, Directeur Administratif, Bureau de la Recherche/DFEPS; et deux responsables du Ministère du Plan, M. Hamidou Doullayi, Chef, Division Santé

et Démographie, Direction des Programmes et du Plan, et Mme Moussa Aminatou, Chef, Division des Réformes Sociales, Direction Analyses Economiques et Prévisions.

Les évaluateurs américains sont arrivés à Niamey le 27 juillet 1989. Une première réunion s'est tenue le 28 juillet avec un comité élargi composé des représentants du Ministère de la Santé, du Ministère du Plan et de l'USAID. Le 10 août, l'équipe d'évaluation a présenté au comité son plan de travail qui a été discuté et approuvé au terme de quelques clarifications (voir annexe 1). Il a particulièrement été suggéré que l'équipe d'évaluation n'était pas obligée de s'en tenir strictement au cadre initial ("logframe") du programme et qu'elle pourrait en suggérer des révisions.

Les termes de référence requièrent l'évaluation de quatre principaux aspects du programme: impact des réformes de politiques et des réformes institutionnelles, mise en oeuvre des réformes de politiques, utilisation des fonds de contrepartie, administration et gestion. L'équipe d'évaluation a entrepris les activités suivantes: élaboration des questions qui nécessitaient des réponses en cours d'étude, interviews, collecte et consultation de documents, visite de quatre formations sanitaires (Balleyara, Bonkougou, Say, et Karma) et d'une équipe de santé villageoise (Chivil). La liste des personnes visitées apparaît en annexe 2. La liste des documents consultés apparaît en annexe 3. L'équipe a interviewé 58 personnes en tout. Elle a ensuite élaboré un brouillon du rapport qui a été distribué au comité élargi le 28 août et discuté en réunion le 31 août.

Les évaluateurs américains étaient disponibles à plein temps. A l'inverse, certains homologues nigériens ont été empêchés par le fait qu'ils n'avaient pas été libérés de leurs activités habituelles pour se consacrer à l'évaluation. Par conséquent, au regret de l'équipe, leur participation s'est avérée nettement plus limitée.

C. Plan du Rapport

Le présent Rapport d'Evaluation comprend trois parties. Dans le Chapitre II, nous décrivons les activités entreprises dans le cadre de l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire et comment ces activités répondent aux conditions préalables définies dans l'Accord de Subvention. Dans le Chapitre III, nous présentons une analyse de certains aspects des objectifs et structures de la Subvention. Il s'agit notamment des points suivants: développement de la capacité institutionnelle en planification et en gestion; mise en oeuvre des réformes politiques; utilisation des fonds de contrepartie; les rôles respectifs de l'assistance technique et de l'USAID; et les effets du programme et les indicateurs pour les évaluer. Dans la dernière partie, le Chapitre IV, nous présentons rassemblées les recommandations.

II. DESCRIPTION DES ACTIVITES ET RESULTATS

A. Les conditions préalables: progrès et problèmes

1. La première tranche

Suivant l'Accord de Subvention, la première tranche de déboursement de fonds du Gouvernement des Etats Unis d'Amérique devait s'effectuer sur la condition que le Gouvernement du Niger remplisse un certain nombre de conditions dont les suivantes:

1. Désignation d'une structure administrative officielle par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, chargée de suivre les mesures de réformes de politique dans le cadre du programme et fourniture d'un exemplaire des attributions mises par écrit de cette structure administrative.
2. Ouverture d'un compte spécial dans une banque locale choisie par l'USAID pour le déboursement des fonds.
3. Plan de mise en oeuvre des changements de politique proposés et qui devaient être entrepris avant le déboursement de la deuxième tranche.
4. Preuve que le système comptable et le système de rapport jugés satisfaisants par l'USAID ont été mis en place.

Suivant le No. 8 du "Program Implementation Letter" (PIL) datant du 1er septembre 1987, ces conditions ont été remplies. Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a désigné la DEP pour assurer le suivi des réformes de politiques sanitaires. Il faut néanmoins noter que malgré la désignation des membres de la DEP comme homologues de l'équipe d'assistance technique, les homologues nigériens des membres individuels de cette équipe n'ont pas été officiellement nommés avant juillet 1989.

Les autres conditions préalables ont été remplies comme suit: un compte spécial a été ouvert au Trésor pour le dépôt des fonds en devises locales (deuxième condition). Le plan de mise en oeuvre des études et des réformes nécessaires à remplir la clause Deuxième Condition Préalable a été présenté avec la mention que la section relative au planning familial et à la politique démographique serait conçue comme faisant partie de l'élaboration du Projet Démographique et de Planification Familiale de l'USAID. Concernant la quatrième condition, le Ministère du Plan a déclaré que le système comptable déjà en place dans le cadre de l'Accord de Subvention au Développement Agricole servira également à l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire.

2. Les conditions préalables de la deuxième tranche

Il existe une seconde série de conditions préalables qui devront être remplies avant la deuxième tranche de déboursement de fonds. Les conditions initiales ont récemment été modifiées à travers le "Troisième Avenant à l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire", vu l'accord général que quelques améliorations dans la conception initiale étaient d'ordre.

En grande partie, la révision des conditions préalables a porté, dans plusieurs cas, sur le déplacement de certaines activités prévues pour la deuxième tranche de déboursement à la troisième tranche. Par exemple, concernant les activités de recouvrement des coûts dans les hôpitaux, le plan d'action destiné à améliorer les équipements de réception a été reporté; un rapport sur l'intégration de l'enregistrement des malades et la collecte des frais médicaux à l'Hôpital National de Niamey sera préparé en lieu et place de l'installation d'un système; plutôt que de mettre en place un système comptable à l'Hôpital National de Niamey, on a besoin d'élaborer un tel système. Il n'est plus question de démarrer des études pilotes sur le recouvrement des coûts dans les services de santé (exceptés les hôpitaux); en lieu et place, une seule étude pilote est requise pour la deuxième tranche. Les autres études pilotes sont reportées à la troisième tranche.

Les autres changements notés concernent la mise à jour des données sur le personnel de la santé plutôt que la préparation d'un plan d'action et d'un calendrier pour une affectation rationnelle du personnel disponible et l'application de la programmation du personnel. Une étude réalisée sur les ESV et l'élaboration d'un plan de recherche opérationnelle ont été retenus à la place d'une recherche opérationnelle.

Le troisième avenant a également ajouté des activités nécessaires qui n'avaient pas été retenues dans la conception initiale. Il s'agit par exemple de l'analyse de l'allocation du budget d'investissement de la santé au personnel et aux services hospitaliers. De même, une analyse des coûts et de l'utilisation du système des collectes des tarifs dans les hôpitaux a été ajoutée. Un autre changement opéré a consisté à déplacer les activités portant sur la tarification des médicaments essentiels de la rubrique recouvrement des coûts et de les intégrer à celle relative à la réduction des coûts.

En ce qui suit nous présentons le progrès vers la deuxième tranche de conditions préalables (les conditions préalables sont imprimées en caractères gras):

1. Recouvrement des coûts

a. Hopitaux

Les activités concernent un rapport préparé indiquant le montant des coûts recouverts grâce à l'application de la loi de 1962, un rapport préparé analysant les systèmes d'enregistrement des malades et de collecte des frais à l'Hôpital de Niamey et un système comptable conçu pour l'Hôpital de Niamey qui permettra l'analyse de tous les coûts de fonctionnement.

Dans cette catégorie, les activités sont en cours. La collecte de données sur les coûts recouverts dans les hôpitaux exceptés ceux de l'Hôpital National de Niamey, est assurée par Marcia Weaver, Kadi Handou et Zeinabou Mohammed. Les informations relatives à cette collecte sont déjà disponibles dans le Rapport d'Activités 1988 de l'Hôpital National de Niamey. —

Un rapport relatif aux options de collecte des frais à l'Hôpital National de Niamey a été préparé par Taryn Vian. Ce rapport a recommandé qu'un consultant en gestion hospitalière étudie le système et fasse des recommandations.

La recherche sur le système comptable de l'Hôpital National de Niamey comprend une évaluation faite par Taryn Vian sur les études nécessaires pour évaluer les besoins en comptabilité, un document sur le choix des indicateurs clés nécessaires pour évaluer la situation financière de l'hôpital, et une proposition d'étude afin d'élaborer un meilleur système comptable à l'Hôpital National de Niamey. Cette étude a démarré en avril 1989 et est en progrès.

Les autres études qui ont été entreprises ne seront pas requises avant la troisième série de conditions préalables. Il s'agit notamment d'une étude des coûts effectuée par Holly Wong à l'Hôpital National de Niamey, et une étude sur l'utilisation des prestations de services et des paiements perçus à l'Hôpital National de Niamey. Cette seconde étude a été faite par Marcia Weaver, Kadi Handou et Zeinabou Mohammed.

b. Services de santé (exceptés les hôpitaux)

Plans détaillés préparés pour des études pilotes des options de recouvrement des coûts pour les principaux services sanitaires et mise en oeuvre du premier projet pilote.

Le deuxième aspect du recouvrement des coûts concerne les services de santé (exceptés les hôpitaux). A ce jour, les activités ont pris la forme d'une discussion des problèmes et des options de recouvrement des coûts. Les documents écrits

disponibles dans ce domaine sont les suivants: un document sur la participation des populations aux soins de santé par Ibrahim Magagi, Rabi Mazou, et Marcia Weaver, le rapport des Dixièmes Journées d'Etudes de la Santé, un memorandum de Marty Makinen sur les problèmes qui se posent au programme, un memorandum de Marcia Weaver sur les projets pilotes potentiels, et un document de Holly Wong faisant une description approfondie des options de projets pilotes potentiels.

En outre, les assistants techniques Tulane-Abt en concertation avec le Ministère de la Santé Publique sont en cours d'organiser un atelier sur les options de recouvrement des coûts.

Aucune décision concernant la mise en oeuvre des projets pilotes n'a encore été prise.

2. Mesures de réduction des coûts

Fourniture de la liste des médicaments essentiels approuvés et leurs prix. Elaboration d'un mécanisme de suivi de l'application de la liste de ces médicaments essentiels et susceptible de permettre d'apprécier les économies pouvant être réalisées.

Une liste des médicaments essentiels a été préparée, révisée et approuvée par la Primature. Cette liste avait été adoptée en janvier 1989 et des réductions de prix avaient été proposées. Une base de données sur la consommation de médicaments dans les formations sanitaires a été créée au niveau de la DEP pour évaluer l'utilisation des médicaments dans les centres de santé. Cependant, aucune étude n'a été complétée.

3. Allocation des ressources financières

Un tableau préparé indiquant l'affectation du budget 1988 de la santé par principales rubriques afin de pouvoir évaluer l'allocation des ressources. En outre, une analyse des données est nécessaire afin d'établir des systèmes ou des formules permettant d'une part de définir les pourcentages du budget alloués au personnel et aux services hospitaliers en 1988 et d'autre part, d'obtenir des estimations des allocations aux mêmes rubriques pour l'année 1989.

Concernant ce volet, les conditions préalables ont été remplies.

L'analyse du pourcentage du budget national de la santé et des allocations de ce budget aux zones urbaines et rurales a été achevée. Cette étude définit les pourcentages du budget révisé alloués au personnel et aux services hospitaliers; En outre, une analyse effectuée par Karen Budd a porté sur l'examen de la politique d'allocation de ressources dans le budget révisé; cette

étude fournit également une estimation du quota du personnel disponible en 1989-1991.

4. Gestion des ressources

a. Personnel

Mise à jour du système de données sur le personnel et établissement de normes pour les niveaux et modes d'affectation du personnel selon les types des structures sanitaires établies afin que le Plan d'Action pour la réaffectation du personnel puisse être préparé. De même, un ensemble de programme de recyclage devra être préparé pour tous les niveaux de personnel en fonction des programmes de soins de santé primaires. Enfin, une étude devra être réalisée sur le système ESV et une recherche opérationnelle programmée sur les différents systèmes de supervision pour les ESV.

Dans ce domaine, le processus s'est avéré lent. Le document préparé par Sif Ericsson, consultante à court terme, indique les précisions contenues dans les données disponibles sur le personnel et sur les méthodes et recommandations faites en vue d'améliorer la qualité des données. Cette étude touche également au problème des méthodes de planification de l'utilisation du personnel. Ericsson a recommandé que la base de données soit mise à jour et que la DEP et la DES élaborent des normes d'affectation du personnel de la santé.

Depuis lors, la DEP et la DAAF ont procédé à la mise à jour de la base de données sur le personnel, mais aucune analyse n'a été faite avec ces données. En outre, ces informations n'ont pas été utilisées par le MSP lors des décisions prises au sujet de l'affectation du personnel nouvellement arrivé.

Bien que toutes les directions aient élaboré des plans de recyclage de leurs propres programmes, jusqu'à maintenant aucun plan d'ensemble de recyclage annuel du personnel des programmes de soins de santé primaire n'a été élaborés.

Une étude sur le système des ESV a été réalisée par la DEP, la DES, et PRICOR. Cette étude présente une série de recommandations sur les moyens d'améliorer le système ESV afin qu'il puisse être immédiatement opérationnel. Le rapport présente enfin un plan de recherche opérationnelle sur plusieurs systèmes de supervision. Un séminaire s'est tenu du 12 au 16 juin 1989 pour discuter les résultats de cette étude.

5. Planification sanitaire

Le processus de planification décentralisée devra être testé après identification des besoins au niveau local, de l'arrondissement et du département, avec une description des rapports entre les stratégies et les ressources financières et humaines nécessaires.

En outre, le développement d'un système d'information sur la gestion se fera en même temps que l'élaboration d'un plan d'action susceptible d'améliorer l'utilisation du système d'information sur la gestion aux niveaux central et départemental.

Une décision juridique est à prendre pour donner à la Direction des Etudes et de la Programmation le pouvoir de coordonner les études et travaux de recherche opérationnelle. La préparation d'un calendrier mis à jour concernant les études et les travaux de recherche opérationnelle incombe également à la DEP.

a. Processus de planification

Vincent Brown, consultant à court terme, a travaillé avec la DEP pour produire une étude sur la méthode de préparation d'un document sur la planification sanitaire au niveau national. Il a également développé une méthodologie de planification décentralisée comportant un plan de collecte de données à tous les niveaux du système sanitaire. Ce plan comportait aussi une série de séminaires régionaux et locaux pour travailler avec le personnel sanitaire afin d'améliorer leur collecte de données. L'étude de Vincent Brown recommandait l'utilisation des services d'un autre consultant pour préparer et aider à la mise en oeuvre des tests pilotes de ce processus de planification décentralisée.

Tulane University a identifié des candidats potentiels pour ce travail. Mais le processus de sélection par le Ministère était si long que les candidats n'étaient plus disponibles au moment où ils ont été re-contactés. Par conséquent, le test pilote n'a pas eu lieu.

b. Système national d'information sanitaire

L'élaboration du système national d'information sanitaire (SNIS) a été démarré comme faisant partie du Projet Amélioration de la Santé Rurale (PASR) qui a précédé l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire. Ce projet a initié le développement de nouveaux formulaires d'information et l'installation d'ordinateurs au sein de la DEP. Les nouveaux formulaires d'information ont été testés dans des centres de santé à Kollo, Téra, Dosso, Birni-N'Gaoure, Magaria, Mainé-Soroa, Diffa et N'Guigmi. Le Cabinet du MSP a approuvé la version finale des

nouveaux formulaires d'information et les formats de rapport en février 1989.

Un séminaire était prévu en janvier 1989 afin d'inviter les DDS et leurs collaborateurs à discuter les systèmes d'information sur la gestion présentement en vigueur et l'amélioration de ces bases de données, de même que les mécanismes de feedback. Néanmoins, ce séminaire a été annulé en dernière minute à cause d'un malentendu entre le Gouvernement du Niger et l'USAID sur la prise en charge globale du séminaire.

Un séminaire destiné à la formation des formateurs de chaque département s'est tenu à Maradi du 24 avril au 3 mai 1989 afin de leur présenter les formulaires du nouveau système d'information sanitaire. Les participants au séminaire comprenaient les DDS, plusieurs représentants du Ministère de la Santé, les coordonnateurs de PMI des DDS et des observateurs. On a noté un débat animé concernant les nouveaux formulaires. Les participants ont fait des suggestions en vue d'y porter des améliorations dont la plupart ont été incorporées.

Il a ensuite été demandé aux DDS de tenir des séminaires dans leurs départements respectifs afin d'enseigner l'utilisation des nouveaux formulaires de rapport aux chefs de centres de santé, aux sages-femmes responsables du PMI, et aux infirmiers diplômés d'état à raison d'un par centre médical. Ces séminaires ont eu lieu dans tous les départements vers la fin du mois de juin 1989 sauf à Niamey où le séminaire a eu lieu au mois d'août.

D'autres séminaires devraient être tenus pour présenter les aspects du nouveau système d'information aux autres personnels de santé dans le département. Cependant, ces séminaires ont été retardés par des difficultés quant à l'obtention des fonds de contrepartie.

Le projet s'est heurté à de nombreuses difficultés en vue d'obtenir son financement par le fonds de contrepartie pour la formation et la supervision. Ce retard a ralenti le progrès de la mise en oeuvre du nouveau système d'information.

c. Evaluation

La DEP a mis au point son plan de travail pour les études et la recherche opérationnelle pour l'année 1989, mais aucune décision relative aux attributions de ce plan n'a encore été prise.

6. Politiques démographiques et planning familial

Les activités de planning familial devraient être diffusées au niveau des autres départements selon un calendrier agréé par le Gouvernement et l'USAID.

L'élaboration d'un plan pour l'amélioration de la capacité institutionnelle en analyse démographique et en planification incombe au Ministère du Plan.

6 Les conditions préalables concernant la politique démographique et le planning familial ont été remplies.

a. Planning familial

Le programme de planning familial a été élargi à tous les départements et présentement, 114 formations sanitaires fournissent les prestations de planning familial. Un projet de subvention signé conjointement avec l'USAID permettra d'étendre davantage le programme de planning familial à travers la mise en place d'une autorité chargée de veiller à son fonctionnement, la formation, l'information - l'éducation - la communication, la fourniture de contraceptifs et la gestion logistique, le développement de la gestion et la recherche sur les opérations. Une équipe d'assistants technique est attendue en septembre 1989 pour aider à la mise en oeuvre de ce projet.

Il faut également noter qu'une révision du texte de la loi autorisant l'usage des méthodes modernes de contraception a été approuvée en avril 1988. Il s'agit-là d'une condition qui n'est pas requise avant la troisième tranche de déboursement.

b. Politique démographique

Un plan visant l'amélioration de la capacité institutionnelle en analyse démographique et en planification a été élaboré par la Direction des Statistiques et de l'Information du Ministère du Plan en Avril 1989.

3. Résumé des progrès en vue du déboursement de la deuxième tranche des fonds:

Le Ministère de la Santé a fait de nets progrès pour remplir les conditions nécessaires au déboursement de la deuxième tranche. Les deux conditions préalables ont été remplies. Ce sont: l'allocation des ressources financières par le biais d'analyses du budget des coûts récurrents de la Santé; et le planning familiale et la politique démographique grâce à l'extension des services du family planning à toutes les régions et au développement d'un plan en vue d'améliorer la capacité institutionnelle en analyse démographique et en planning. La réforme politique principale, l'établissement d'une loi permettant l'usage des méthodes modernes de contraception n'est pas requise avant la troisième tranche de déboursement.

Dans un autre domaine, le recouvrement des coûts dans les hôpitaux, les activités procèdent bien. Les paiements perçus dans les hôpitaux ont été classifiés et plusieurs études ont

examiné le système de collecte des frais à l'hôpital de Niamey. Un système de compte est actuellement en préparation pour cet hôpital. Dans ce qui concerne ce volet, bien qu'elles ne soient requises qu'au troisième déboursement, quelques unes des études ont déjà été faites.

L'exécution des conditions nécessaires au recouvrement des coûts dans les services de santé (exceptés les hôpitaux) procède lentement puisqu'elle dépend d'un atelier sur les options de recouvrement des coûts, prévu pour Novembre.

En ce qui concerne le domaine de la réduction des coûts, le Ministère a approuvé une liste de médicaments essentiels et a annoncé une réduction de leurs prix. En progrès est le développement d'une base de données pour évaluer l'utilisation des médicaments dans les centres de santé et les économies qui pourraient être réalisées.

Concernant les volets de la gestion des ressources et la planification sanitaire, le processus s'avère lent. Tandis que le Ministère discute des projets en vue d'un programme de recyclage général du personnel en fonction des soins de santé primaire et tandis qu'une étude a été réalisée sur le système ESV, l'analyse du système de données sur le personnel pour la gestion des ressources n'a pas été complétée. Ainsi il est impossible d'établir des normes pour les niveaux et modes d'affectation du personnel selon les types de formations sanitaires. Alors que des efforts importants ont été déployés en vue du développement du système d'information sur la gestion, les progrès ont été retardés par des difficultés d'obtenir des fonds de contrepartie. Les travaux dans le domaine de la planification sanitaire décentralisée ont été immobilisés, vu qu'aucun consultant n'a été identifié à cause du long processus de sélection du Ministère de la Santé. Pareillement, ce dernier n'a pas encore établi les attributions de la DEP de façon formelle.

Les difficultés à obtenir le déboursement des fonds déjà accordés, a ralenti le progrès fait pour remplir les conditions préalables. De plus, le fait que les homologues destinés à travailler avec deux ou trois assistants techniques n'aient été officiellement nommés qu'à la mi-Juillet 1989 constitue un autre problème. Un troisième homologue, celui devant être attaché au Chef d'équipe, n'a toujours pas été nommé.

3. Utilisation des fonds de contrepartie

1. Sélection des projets à financer

Toutes les demandes de financement doivent être dans un premier temps soumises à la DEP. Si la DEP les approuvent, ces projets sont alors transmis à la Direction des Programmes et du Plan au Ministère du Plan (DPP). De la DPP les projets sont

ensuite transmis au Secrétariat, du Comité de Gestion, installé dans des locaux distincts de ceux du Ministère du Plan. Le Comité supervise et gère à la fois la Subvention au Développement Agricole et la Subvention au Développement Sanitaire. Le personnel du Comité de Gestion comprend un secrétaire exécutif, un secrétaire exécutif adjoint, deux comptables, trois analystes financiers, un analyste technique pour chacune des deux subventions, et deux secrétaires. Un dossier doit être créé pour chaque projet et des informations sur les propositions faites sont transmises à chacun des membres du Comité de Gestion. Avant les réunions d'évaluation tenues par le Comité, l'USAID tient à son niveau des réunions de comité directeur.

Le Comité de Gestion se réunit alors pour sélectionner les projets à financer. Prennent part à cette réunion, le Président du Comité, le Directeur du Financement des Investissements au Ministère du Plan, les analystes de projet du Ministère du Plan, des représentants de l'USAID, et des représentants du Ministère de la Santé Publique. Trois réunions ordinaires et une réunion spéciale se sont tenues respectivement en août 1988, novembre 1988 et avril 1989. Suivant les nouvelles procédures approuvées récemment au sujet du processus de financement, le Comité de Gestion doit se réunir deux fois par an, le deuxième vendredi du mois de février et du mois d'août.

2. Projets approuvés

La liste ci-après présente des projets qui ont été approuvés, le montant du financement accordé, et la date où le Comité de Gestion les a approuvés:

1. Journées d'Etude de la Santé - 16.759.310 Fcfa, Aucune documentation sur la date quand ce projet fut approuvé
2. Tournée de Supervision du Ministère de la Santé Publique 5.336.810 Fcfa, approuvé le 21 novembre 1988.
3. Appui au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques - 32.078.492 Fcfa, approuvé le 8 août 1988.

L'USAID et le Secrétariat sont en désaccord quant à la somme de financement qui a été accordée pour ce projet. L'USAID a déclaré qu'elle avait approuvé 16.759.310 Fcfa alors que le Secrétariat prétend que c'est 24.259.310 Fcfa. Cet écart est dû au fait que l'USAID affirme n'avoir pas approuvé un article de per diem dans la proposition de demande. Le Secrétariat maintient, au contraire, que la somme élevée avait été accordée et a d'ailleurs déjà versé la somme entière.

4. Appui aux études des réformes de politique sanitaire - 42.000.000 Fcfa, approuvé le 8 août 1988.
5. Séminaire sur les réformes de politique sanitaire - 35.443.000 Fcfa, approuvé le 8 août 1988.
6. Programme d'auto-encadrement sanitaire - 50.717.600 Fcfa, approuvé le 16 mai 1988.
7. Système national d'information sanitaire - 123.624.990 Fcfa, approuvé le 21 novembre 1988.
8. Appui à la cellule de coordination - 50.668.333 Fcfa, approuvé le 21 avril 1989.
9. Appui à la supervision des formations sanitaires - 30.444.000 Fcfa, approuvé le 21 avril 1989.
10. Appui aux Médecins Sans Frontières - 92.700.000 Fcfa, approuvé le 21 avril 1989.
11. Appui au programme élargi de vaccination - 12.810.000 Fcfa, approuvé le 21 avril 1989.

Dans plusieurs cas les projets étaient approuvés à condition que la somme totale soit réduite pour être conforme à la politique de l'USAID sur les per diems. Par exemple, la proposition originelle sur l'auto-encadrement sanitaire s'élevait à 186.793.000 Fcfa et la somme accordée était réduite à 50.717.000 Fcfa parce que les per diems avaient été supprimés.'

* Il y a quelque confusion à savoir si ce montant avait été augmenté sous forme d'amendement ou pas. Une note de Ousseyni Djibo datée du 1 Septembre 1989 indique qu'un financement supplémentaire pourrait être alloué au système d'information de la santé national (22.000.000 Fcfa) et la Campagne de Vaccination (1.200.000 Fcfa). D'autre part, une autre note, datée aussi du 1 Septembre 1989, indique qu'un amendement (en Mai 1989) au sous projet du système national d'information sanitaire marque l'accord de financement d'une somme de 26.000.000 Fcfa.

'La politique de l'USAID est d'accorder un per diem seulement lorsqu'un fonctionnaire passe une nuit loin de son poste permanent, mais non lorsqu'il travaille sur un projet particulier dans le cadre de son travail régulier. Malgré des tentatives de la part des bailleurs de fonds pour concerner leur politique sur des per diems et des compensations, des variations considérables en pratique continuent à exister.

C. Formation

1. Formation à long terme

Trois personnes ont été envoyées aux Etats Unis pour des formations à long terme. Deux parmi les trois préparent la maîtrise en Santé Publique à Tulane University, l'une se spécialisant en épidémiologie et l'autre en gestion. La troisième personne prépare la maîtrise en Santé Publique avec une spécialisation en économie de la santé à Boston University School of Public Health.

Les fonds nécessaires à une candidature supplémentaire pour la préparation d'un diplôme en méthodes statistiques, en méthodes d'enquête et en utilisation de l'informatique sont disponibles. Mais jusqu'ici aucun candidat ayant les qualifications requises n'a été identifié.

2. Formation à court terme

Sur la base des fonds disponibles pour la formation à court terme, deux personnes ont été envoyées au University of Michigan pour suivre un programme en économie de la démographie et du développement au cours de l'été 1988. Deux autres personnes ont également été envoyées à Dakar au printemps 1988 pour y suivre une session sur les services de gestion destinés aux ateliers de la santé sur la gestion d'approvisionnement en médicaments. L'USAID a demandé à la DEP d'identifier ses priorités en vue de l'utilisation du reste du fonds.

3. Séminaires

Des séminaires ont été organisés aux niveaux national et départemental pour présenter les nouveaux formulaires d'information sanitaire au personnel de la santé.

4. Formation en informatique

Les assistants techniques de la DEP ont assuré des séances de formation informelle au bénéfice des fonctionnaires du Ministère. L'équipe d'assistance technique a programmé une session de formation formelle sur l'utilisation des programmes Word Perfect et Lotus 123 pour les secrétaires du Ministère. En outre, l'équipe enverra cinq personnes du Ministère à une session de formation en DBase III à Bamako au cours des 18 prochains mois.

III. ANALYSES

Comme indiqué dans le Chapitre II, le Gouvernement du Niger a fait des progrès considérables en vue de remplir les conditions préalables de la deuxième tranche de déboursement. En deux occasions, le Gouvernement a même devancé le calendrier prévu. Cependant, malgré un grand effort de la part du Gouvernement, et de l'équipe d'assistance technique, le Ministère de la Santé Publique avance plus lentement que prévu vers les conditions préalables. Il n'existe certes pas de délai pour achever une tranche de déboursement, mais on a estimé que environ un an devrait suffir pour atteindre ces étapes. A ce jour, deux ans se sont écoulés depuis le déboursement de la première tranche. Nous estimons que ce délai pourrait s'étendre jusqu'au début 1990.

Pourquoi le progrès s'avère-t-il plus lent que prévu ?
Quelles contraintes institutionnelles et politiques ont été rencontrées ?

Les cinq sections suivantes présentent l'analyse de cinq aspects principaux du programme: le développement de la capacité institutionnelle, la mise en oeuvre des réformes politiques, les utilisations faites des fonds de contrepartie, les rôles respectifs de l'assistance technique et de l'USAID, et les conditions précédentes et les indicateurs de l'impact. Dans chacune des sections, notre examen cherche à savoir si les activités menées et les structures créées permettront d'atteindre les objectifs généraux du programme et si ces activités peuvent fournir les méthodes de documentation de la réalisation de ces objectifs.

A. Analyse du développement de la capacité institutionnelle

1. Gestion des fonds de contrepartie: Le Secretariat

Autant à travers l'historique de l'Accord de Subvention au Développement Agricole que celle de l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire, la gestion du fonds de contrepartie a toujours engendré plus de commentaire et de désapprobation qu'aucun autre aspect des subventions. L'évaluation de la SDSA effectuée à moyen terme en 1987 a révélé des problèmes dans la gestion au niveau du Secrétariat et a recommandé le remplacement du secrétaire exécutif. Cette recommandation a été exécutée, mais l'ancien secrétaire exécutif est resté au Secretariat comme secrétaire exécutif adjoint. La même évaluation a révélé que des critères stricts n'étaient pas appliqués dans les décisions relatives au choix des projets à financer.

L'évaluation finale de l'Accord de Subvention au Développement Agricole effectuée en mars 1989 a révélé que le nouveau secrétaire exécutif rencontrait toujours des difficultés d'ordre disciplinaire de la part du personnel malgré les

tentatives de restructuration organisationnelle. L'évaluation a également montré que le Secrétariat n'était toujours pas dirigé suivant des procédures administratives officielles. Bien que le système comptable a été informatisé, le conseiller technique de l'USAID au près du Secrétariat a fait remarquer que le système nécessite des améliorations.

Nos investigations viennent confirmer les lacunes notées continuellement dans la gestion du Secrétariat. Tout en ayant un personnel étendu, le Secrétariat continue à gérer et à surveiller les fonds de contrepartie de manière inadéquate. Les critères d'obtention de fonds ne sont pas clairement présentés et le traitement des requêtes de virement est très lent. Les promoteurs de projets subventionnés sont forcés d'aller à plusieurs reprises au Secrétariat pour obtenir le déboursement des fonds.

Le laps de temps entre la demande de financement et la réception finale de l'argent est souvent important. Par exemple, une demande d'un fonds de petite caisse pour les dépenses concernant une étude portant sur l'utilisation de l'hôpital a été soumise le 21 Octobre 1988. L'approbation du financement n'a eu lieu que le 23 Décembre 1988, après de grandes insistances auprès du Secrétariat, et une fois que la collecte des données ait été presque terminée. Certaines activités se sont ainsi vues ralenties à cause de la lenteur de l'opération. Par exemple, quelques uns des séminaires sur le nouveau système d'information sanitaire ont été ajournés à cause des retards dans le virement des fonds demandés.

Un conseiller technique de l'USAID a travaillé avec le Secrétariat en vue d'améliorer la gestion. Cependant les procès verbaux continuent à être mal maintenus. Certaines informations, telles les dates de soumission de projets et des requêtes de virement de fonds manquent des dossiers. Ainsi certains projets se trouvent groupés ensemble pour la seule raison qu'ils ont été approuvés le même jour. A cause de cette disorganisation dans les procès verbaux, le USAID et le Secrétariat semblent être indécis quant à savoir la somme approuvée pour un certain projet, combien a déjà été dépensé et combien reste encore disponible. Dans un cas en particulier, à la suite d'un malentendu concernant la somme approuvée pour un projet, des fonds plus élevés que prévu furent versés. De plus le Secrétariat n'a pas surveillé de près les dépenses des projets qui reçoivent des fonds de contrepartie. La DEP a pris en charge la surveillance de la gestion, à défaut du Secrétariat.

Certaines initiatives ont été entreprises afin d'améliorer les procédures et de clarifier les critères d'approbation du financement des projets. Si l'accord signé en août 1989 par le Ministère de la Santé Publique, le Ministère du Plan et l'USAID est mis à exécution, il pourra aider les promoteurs à travers la

publication des procédures officielles et la fourniture des directives de soumission des propositions. Ils devraient aider le Comité de Gestion dans ses décisions concernant l'allocation du financement des projets. Néanmoins, il manque toujours des textes qui expliquent clairement les procédures pour obtenir le virement de fonds déjà alloués.

Une analyse de la structure opérationnelle du Secrétariat est actuellement menée par Richard Crayne du Projet Régional de Gestion Financière au Sahel. Ce travail comprend une analyse de la performance du Secrétariat et est actuellement dans la phase de la collecte des données.

Mais à elles seules, les nouvelles directives et l'analyse opérationnelle ne peuvent pas résoudre les problèmes de gestion au sein du Secrétariat. Les problèmes de gestion au niveau du Secrétariat durent depuis maintenant cinq ans. On se doit de leur accorder une plus grande attention étant donné qu'ils ne dépendent pas des nombreux changements proposés et mis en oeuvre. La raison de l'impossibilité de résoudre ces problèmes réside dans la structure même du Secrétariat. Dans sa création, le Secrétariat a été conçu comme une agence autonome dont le personnel a été détaché de la fonction publique et qui agissait sous une autorité incertaine voire, inexistante. Par conséquent, aucune structure institutionnelle au sein du Gouvernement nigérien n'a d'engagement vis-à-vis du Secrétariat et il n'existe aucune entité chargée d'en assurer le bon fonctionnement ni des textes officiels.

Le Secrétariat est d'autre part une agence qui fonctionne uniquement au bénéfice des deux accords de subvention et qui n'aura plus sa raison d'être une fois que ces subventions arriveront à terme. En fait, sa création est en contradiction avec les objectifs des subventions qui elles sont censées apporter un appui à la capacité du Niger à planifier et à gérer des programmes au sein des ministères.

Si au bout de cinq ans une agence comme le Secrétariat ne fonctionne toujours pas normalement afin d'atteindre les objectifs qui lui ont été assignés, l'on doit s'interroger sur l'adéquation de ce format et chercher à trouver une autre structure institutionnelle qui serait plus adaptée.

Recommandation A.1. (1). Nous recommandons qu'un groupe de représentants de l'USAID, du Ministère de la Santé Publique et du Ministère du Plan soit formé afin d'organiser la restructuration du Secrétariat. Ce groupe de travail devra considérer les points suivants:

- a. Restructuration du Secrétariat en réintégrant ses fonctions au sein des Ministères

pertinents: en cédant ses principales fonctions, à savoir les analyses techniques et la surveillance des projets, au Ministère de la Santé, où elles sont actuellement remplies, par défaut, et en attribuant les fonctions ainsi réduites du Secrétariat (y inclus l'analyse financière, l'analyse de conformité aux buts nationaux de gestion) à un Secrétariat plus petit, à l'intérieur du bureau de la Direction du Financement des Investissements dans le Ministère du Plan.'

b. Les tâches et responsabilités des structures ainsi modifiées à la fois dans le Ministère du Plan et dans le Ministère de la Santé Publique devraient être clairement énoncées dans les règles administratives.

c. Dans ses discussions et ses plans pour le futur de la gestion des fonds de contrepartie, le groupe de travail devrait utiliser toute information que le Projet Régional de la Gestion Financière au Sahel a déjà développé, et s'appuyer sur lui pour l'aider à réorganiser les fonctions du Secrétariat.

d. Le groupe de travail doit commencer cette tâche immédiatement. Nous recommandons que la restructuration du Secrétariat et des activités concernant les fonds de contrepartie commencent avant le déboursement de la seconde tranche des fonds. De même, l'allocation et la distribution des fonds de contrepartie doivent procéder sans à coups avant le déboursement de la troisième tranche de fonds de contrepartie.

2. Organisation et Activités du Ministère de la Santé Publique

L'Accord de Subvention au Développement Sanitaire donne une large part de responsabilité au Ministère de la Santé Publique pour entreprendre des études, des évaluations et des séminaires nécessaires à la mise en oeuvre des activités suivantes: les réformes de politique; l'identification, la collecte et l'analyse

Ces recommandations s'appliquent en particulier à l'Accord de Subvention Sanitaire. Si l'on suit ces recommandations, un groupe de travail doit se réunir également pour développer une structure parallèle pour l'Accord de Subvention au Développement Agricole.

des données nécessaires à l'évaluation des réformes; et la publication de rapports semestriels. Le Ministère de la Santé a également la responsabilité de coordonner et d'aider les autres ministères intervenant dans la mise en oeuvre des réformes de politique. La Cellule de Planification qui relève du Secrétariat Général a été désignée pour remplir ces fonctions dont la plupart sont en harmonie avec les activités qui lui ont été initialement assignées. Il s'agit par exemple de la planification des programmes et des projets, de la législation et des statistiques.

Depuis que l'Accord de Subvention a été signé, le Ministère de la Santé a témoigné de grands changements en personnel et organisation. Ainsi peu des cadres qui s'occupaient de la planification de l'Accord continue à s'occuper de sa mise en oeuvre. L'engagement du Ministère vis-à-vis de l'Accord est demeuré sérieux, mais les changements fréquents en personnel ont créé des obstacles pour développer des procédures administratives claires.

a. Structure, attributions et activités de la DEP

En février* 1988, le Ministère de la Santé Publique a érigé la Cellule de Planification en direction (DEP), lui conférant ainsi un plus grand droit de regard au sein du Ministère. D'une part, cette initiative peut être vue comme un renforcement du rôle de la DEP en tant que coordinateur de la planification et de la programmation vis-à-vis des autres directions. D'autre part, cette initiative qui marque un certain retrait de la DEP du couvert du Secrétariat Général peut rendre sa tâche de coordonner les activités des autres directions plus difficile, à moins que le Secrétaire Général ne lui accorde une attention et un soutien plus grands. Le nouveau Secrétaire Général semble prêt à accorder ce soutien. La coordination des activités de la DEP et celle des directions soeurs a toujours représenté un gros obstacle et a fait l'objet de nombreux commentaires au sein du Ministère. Son rôle ambigu, à la fois comme direction et en même temps coordinateur des autres directions est aggravé par le fait que le Ministère, en pleine époque de réorganisation, n'a pas encore officiellement assigné les attributions de la DEP.

La structure et le personnel de la DEP n'ont pas subi de changements notables. Dans le fond, la structure et le personnel sont similaires à ceux de la Cellule de Planification. La comparaison de l'organigramme de la Cellule de Planification vers la fin de l'année 1987 avec celui de la DEP en août 1989 (voir

* Le mois de Février était cité comme date de la création de la DEP par son premier directeur dans Rapport d'Activités--Année 1988, p.1. D'autres ont cité Janvier comme date de création.

Figure 1) montre très peu de différence. Sur un total de 10 postes de cadres de l'administration, un seul nouveau poste a été créé. Considérant que le poste de directeur des projets et programmes est vacant, il faut noter qu'entre 1987 et 1989, le nombre réel du personnel s'est maintenu à 10. Néanmoins, le personnel auxiliaire est passé à cinq personnes dont trois sont financées par la Subvention. A cela il faut ajouter un comptable et un technicien en informatique également financés par la Subvention.

La DEP est composée de deux divisions dirigées chacune par un chef: la Division Législation et Relations Internationales qui comprend une section législative et une section des relations internationales, et la Division Projets et Programmes qui comprend une section des statistiques et de l'épidémiologie, et une section de suivi des projets et programmes.

Les attributions de la DEP doivent être officiellement reconnues. En attendant cette reconnaissance, la DEP fonctionne sur la base d'une série d'attributions informelles dont les suivantes:

- Contribuer à la conception et à la mise en oeuvre du plan national pour la santé.
- Identifier, préparer, et superviser la mise en oeuvre et la gestion des programmes et projets; étudier et préparer les projets relatifs à la coopération bilatérale et multilatérale, et aux organisations volontaires privées.
- Organiser et développer le système d'information.
- Entreprendre des études techniques et économiques; promouvoir la recherche opérationnelle.
- Formuler une législation appropriée sur la santé
- Analyser l'impact de la politique sanitaire
- Préparer des rapports d'activités pour la DEP et pour le Ministère en général; préparer l'analyse des statistiques sanitaires.

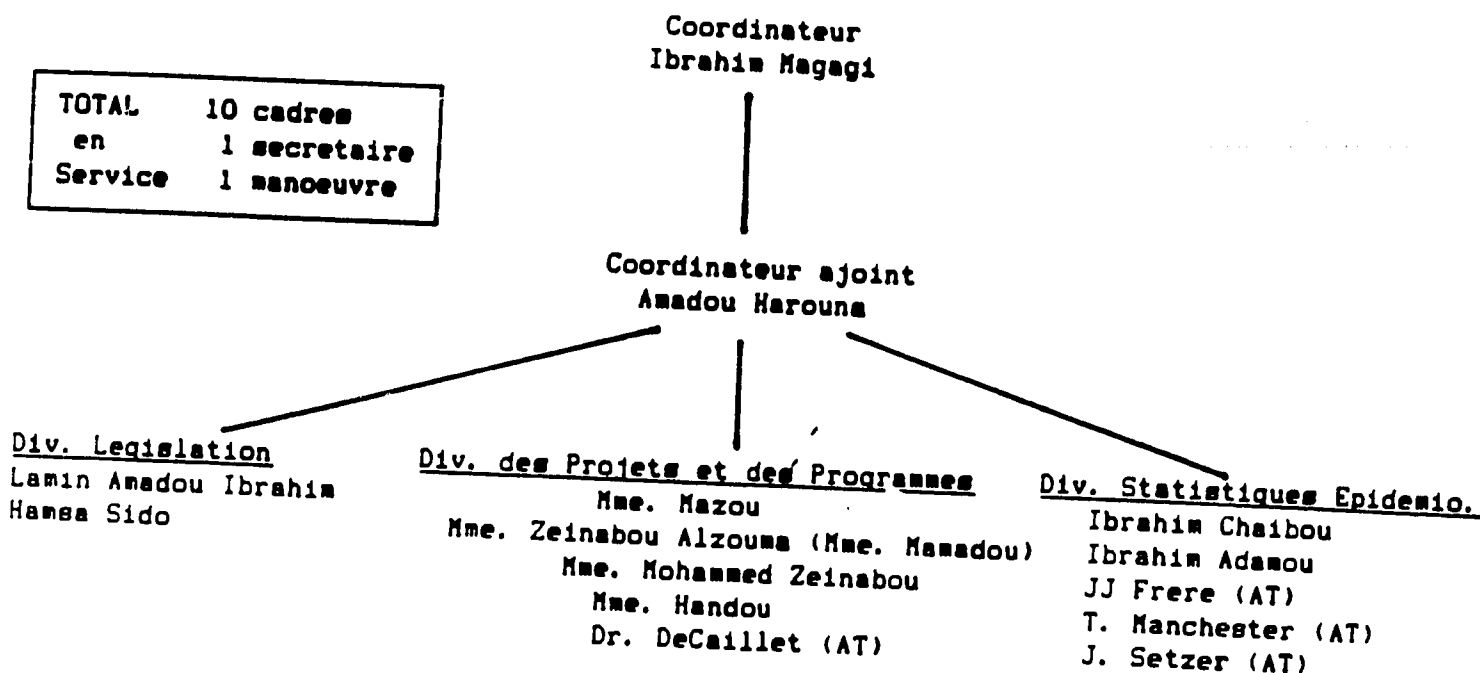
Trois points importants sont à retenir. D'une part, la DEP a la responsabilité de plusieurs activités dont le nombre s'est considérablement accru dans le cadre de la Subvention. Par

¹ Cette liste provient du Rapport d'Activités de la Direction des Etudes et de la Programmation - Année 1988, Annexe 1.

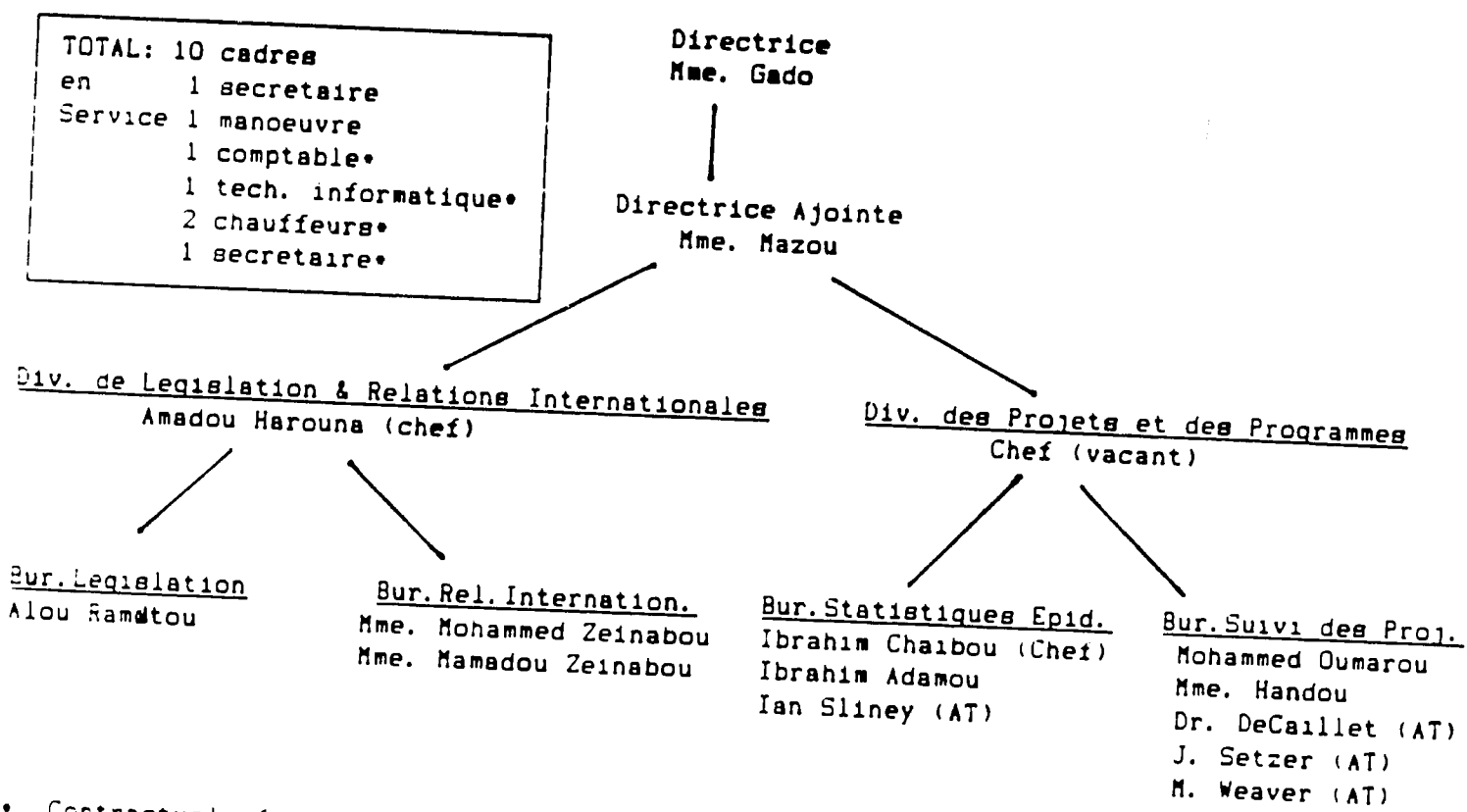
Figure 1

Organigrammes partiels du Ministère de la Santé Publique

a. Cellule de Planification, Fin 1987



b. Direction d'Etudes et de la Programmation, Aout 1989



* Contractuels financés par l'appui à la cellule de coordination (Fonds de contrepartie).
 AT = Assistants Techniques

exemple, la DEP procède maintenant à la révision de tous les projets avant qu'ils ne soient soumis au Secrétariat pour en étudier le financement. D'autre part, l'augmentation des attributions de la DEP n'est pas couplée à une augmentation de personnel.

Troisièmement, la structure de la DEP ressemble à celle de la première Cellule du Planning alors que ses attributions sont différentes. Des sept types d'activités que nous avons résumés plus haut, cinq sont sous la direction de la division Projets et Programmes. Certaines activités, comme l'identification, la préparation et la supervision des programmes et des projets, sont accomplies en conjonction avec la Division Législative.

De plus, le déséquilibre des attributions ne rejahit pas sur la fourniture de personnel d'employés puisque nous remarquons que l'on assigne quatre personnes à la Division Législative et seulement une personne de plus à la Division Projets et Programmes. La présence d'assistants techniques comble le déficit en personnel dans la Division Projets et Programmes, mais le manque de personnel dans une section qui exécute le plus gros des activités de la DEP explique les difficultés que le Ministère a rencontrées pour trouver des homologues pour les assistants techniques. Ce déséquilibre est assez sérieux et demande la réorganisation de la DEP par le Ministère afin d'équilibrer les divisions de la DEP et ses responsabilités.

Malgré ces difficultés, les fonctionnaires de la DEP, guidés par leur Directrice, ont réussi à mener plusieurs activités liées à la Subvention. Cette observation se fonde sur le plan de travail de 1988 réalisé au début de l'année 1988 et qui fournit le détail des activités et des personnes qui en avaient la responsabilité. Depuis lors, une partie du personnel responsable de ces activités soit a été transféré par la suite, soit est partie en étude. Etant donné qu'aucun nouveau plan de travail détaillé n'était approuvé, il est difficile de savoir qui est responsable des différents aspects des activités de la Subvention.

Le nombre considérable d'études décrites dans le Chapitre II du présent rapport atteste de la variété des activités entreprises par la DEP depuis sa création. Quelques unes parmi ces études ont été entièrement menées par des assistants techniques; la plupart ont été faites par des assistants techniques avec le personnel de la DEP (et d'autres personnels du Ministère).

A ce jour, le Gouvernement a rempli deux des six conditions préalables relatives à la deuxième tranche du fonds de contrepartie. Les quatre conditions préalables qui relèvent de la DEP nécessitent un développement plus approfondi. Du progrès notable a été marqué vers le recouvrement des coûts et

l'allocation budgétaire. Le domaine le moins avancé est celui de la gestion des ressources où aucune analyse de données n'a été faite, aucune norme n'a été établie en matière de personnel, ni aucun plan de formation continue préparé. Concernant la planification sanitaire, le processus d'évaluation de la planification sanitaire décentralisée est à l'arrêt pour le moment. Toujours dans le domaine de la planification sanitaire, le système d'information sanitaire requiert un travail accru (voir ci-dessous).

Eu égard aux contraintes causées par le manque de personnel et la nécessité de mener des actions dans le cadre de la Subvention, la DEP a choisit, et cela n'est pas surprenant, de mettre l'accent sur certaines activités au détriment d'autres. Quelques activités de la Subvention ont reçu moins d'attention que prévu et certaines activités de routine qui font partie des attributions de la DEP n'ont pas été réalisées. Dans la première catégorie, on compte par exemple la planification du personnel et l'élaboration de plan, et le développement du système d'information. Dans la deuxième on compte des activités de routine telles que la publication des rapports statistiques et le Rapport d'Activités 1988 du Ministère.

Recommandation A.2.a.(1). Nous recommandons que le Ministère entreprenne immédiatement une étude de l'organisation de la DEP. Cette étude doit comporter une analyse des attributions de la DEP et des activités exécutées par le personnel actuel. L'étude doit également comprendre une analyse de la relation entre la DEP et les autres directions et programmes dans le Ministère. Les méthodes d'analyse doivent comporter des interviews en profondeur avec le personnel approprié dans le Ministère. Après avoir consultés les fonctionnaires du Ministère, les directeurs de l'étude doivent présenter un plan (ou plusieurs options) pour la réorganisation de la DEP et l'élargissement de son personnel, afin qu'elle puisse dorénavant exécuter ses attributions. L'étude doit également présenter une description du rôle des assistants techniques au sein de la DEP.

A.2.a.(2). Le Ministère doit mettre en règle le statut de la DEP en publiant officiellement ses attributions.

A.2.a.(3). La mise en oeuvre du plan pour la réorganisation de la DEP et pour l'accroissement de son personnel doit représenter une condition préalable et nécessaire au déboursement de la deuxième

CP

115

tranche.

A.2.a.(4). La DEP doit nommer un fonctionnaire dont la tâche sera de superviser les activités de l'Accord de Subvention et d'agir en tant qu'homologue au chef de l'équipe de l'assistance technique. Cette personne aura eu une instruction poussée en planification ou en domaine afférent et dirigera le développement des réformes de politique sanitaire.

b. Le système national d'information sanitaire

La gestion du système d'information mérite une attention particulière parce qu'elle apparaît comme un aspect important de la Subvention autant dans son élaboration qu'en tant que source d'information pour l'évaluation de l'impact des réformes de politique. Bien que le système d'information du Ministère se situe au sein du bureau de statistiques et d'épidémiologie de la DEP, il touche à presque toutes les autres directions et programmes du Ministère qui partagent plus ou moins la responsabilité de l'élaboration et de la maintenance de ce système.

Le développement du système d'information actuel est la suite du travail qui a été commencé sous le prédécesseur de la SDS, le Projet pour l'Amélioration de la Santé Rurale (PASR). D'importants progrès ont été réalisés. L'équipe d'assistance technique a aidé le Ministère à développer des bases de données sur les services sanitaires, l'équipement, les véhicules, le personnel de la santé, le personnel auxiliaire, l'utilisation des médicaments essentiels par le Ministère, l'utilisation des prestations à l'hôpital, les télégrammes officiels (TO), et la chaîne de froid. Ces bases de données ont été bien documentées et sont relativement faciles à utiliser.

Des ordinateurs supplémentaires ont été achetés. Le Ministère dispose donc de 23 ordinateurs présentement. En outre, 13 membres du personnel du Ministère ont reçu une formation en informatique. Cinq personnes sont capables de travailler avec les bases de données actuelles bien qu'aucune de ces personnes ne soit pas encore formée à faire la programmation nécessaire à la manipulation des bases de données.

Le Ministère a conçu de nouveaux supports de collecte de données et de rapport pour la plupart de ses systèmes de rapports. Le nouveau télégramme officiel constitue une véritable innovation par rapport au précédent. Le Rapport des Soins utilisé dans les formations sanitaires pour faire le rapport sur les consultations externes comporte lui aussi une liste simplifiée des pathologies. Cela réduira les risques d'erreur de la part d'une infirmière extrêmement occupée. Le nouveau dossier

individuel d'enregistrement des malades qui viennent en consultation en PMI facilitera la tâche du personnel sanitaire dans le suivi des grossesses à risque et des enfants qui ont besoin d'être vaccinés. Tous ces nouveaux supports de collecte de données sont le résultat d'une volonté d'amélioration sur la base des anciens modèles, notamment en ce qui concerne la clarté et la présentation.

Il reste à traduire ces efforts considérables en instruments qui seraient utilisés, de manière routinière, par les décideurs. Jusqu'à présent, les données ne sont pas disponibles pour la planification, la gestion et l'élaboration de politique. Ce problème avait déjà été signalé dans le rapport de l'évaluation du PASR. Cependant, le Ministère a besoin de ces données pour évaluer ses activités selon l'Accord. Comment donc est-ce que le Ministère peut rendre ces données plus accessibles et plus utiles? La fragmentation des services statistiques du Ministère au niveau central est le premier problème à résoudre. Les activités statistiques se répartissent entre plusieurs directions et programmes: la DEP, DAAF, DIS, PEV, SMI, et planning familial. Alors qu'officiellement la DEP est chargé de statistiques et d'épidémiologie, elle n'a que deux fonctionnaires qui s'occupent de ces activités.

Des activités ordinaires des services statistiques telles que la documentation, la création de cartes sanitaires, la production de rapports et la publication d'analyses sont menées de façon dispersées. Aucune agence n'est particulièrement responsable de ces activités.

La situation actuelle des services statistiques au sein du Ministère est ambiguë. Bien qu'il existe des personnes individuelles chargées de la mise à jour des bases de données (activités qui sont effectivement en cours), personne ne semble être chargé de l'intégration de leur travail ni de la production de rapports de feedback. Malgré nos demandes répétées, force est de constater que nous n'avons pas pu obtenir des rapports statistiques sur les activités du Ministère en 1988 à l'exception d'un rapport sur l'Hôpital de Niamey et un autre sur le budget 1988 du Ministère. De même, au niveau de la DEP, nous n'avons pas réussi à mettre la main sur les Rapports d'Activités 1988 des départements bien qu'on nous ait assuré que ceux-ci y avaient été déposés. Il ressort de ces constats que la production de rapports et la conservation de la documentation demandent à être renforcées.

Ce manque d'intégration au niveau central est perceptible à travers l'inefficacité au niveau local. Les centres de santé sont appelés à envoyer un nombre considérable de rapports pour satisfaire aux besoins de chacun des services et programmes. Le nouveau système d'information sanitaire a amélioré la situation en simplifiant les exigences. Cependant, le personnel des

centres de santé nous a fait remarquer, durant nos visites, que même avec le nouveau système, chaque centre médical devra produire sept rapports trimestriels, un rapport mensuel et un rapport hebdomadaire.

Néanmoins, il n'est pas aisé d'intégrer les services statistiques au niveau central et malgré cela, de fournir aux programmes et services les données dont ils ont besoin dans le temps qui leur convient. Il est nécessaire que les responsables de programmes acceptent d'échanger une partie de leur autonomie et leur contrôle contre un peu plus de données fiables. En retour, les services de statistiques centralisés devront fournir des données plus fiables et en un temps plus court. Pour créer un tel service, une direction solide et un personnel suffisant sont nécessaires.

Le Ministère doit mener une étude pour analyser les besoins en personnel pour traiter, analyser les données et décider de la meilleure manière d'organiser ces services: centralisés dans la DEP ou décentralisés à travers le Ministère mais en tenant toujours compte de l'importance de la coordination. La résolution de ces problèmes d'organisation sont les conditions nécessaires à la mise en oeuvre des activités de planification et de gestion prévues par l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire.

Un autre problème à résoudre est le manque de cadres qui puissent exécuter les activités des services statistiques. La DEP possède deux personnes seulement qui travaillent dans le développement de l'information statistique et cependant ils sont souvent appelés à s'occuper d'autres activités; Certaines directions demandent à un petit nombre d'employés de saisir et d'analyser les données, en plus de leur travail régulier. Le nombre total de personnes formées et disponibles à travailler avec des données statistiques est, jusqu'à présent, insuffisant pour fournir au Ministère les données dont il a besoin pour contrôler ses activités, et encore moins pour évaluer les progrès faits vers les objectifs de l'Accord. C'est ainsi que l'étude de l'organisation des services de statistiques doit inclure également un plan qui adresse les besoins en personnel.

Grâce au développement d'un service de statistiques centralisé et avec la mise en oeuvre du nouveau système d'information, le Ministère doit commencer à établir une série de rapports qui serait disponible régulièrement. Ces rapports seraient rassemblés et publiés dans un recueil annuel de statistiques, un annuaire de statistiques sanitaires.

Pendant que le Ministère continue à développer la planification décentralisée sous l'Accord de Subvention, les régions devront exécuter eux-mêmes leurs propres analyses statistiques. Il sera alors nécessaire d'affecter un

statisticien à chaque département pour aider les DDS dans la planification et la gestion. De plus, puisque les régions sont aussi chargées de supervision, ils pourront utiliser les rapports produits par les centres de santé pour surveiller leur personnel et leurs activités et ainsi améliorer la qualité des soins. Les efforts régionaux pour améliorer la fiabilité et la précision des rapports trimestriels et mensuels peut aider les fonctionnaires dans le domaine de la gestion aussi bien qu'en tant qu'instruments de planification. Ainsi la formation dans l'utilisation du nouveau système d'information sanitaire doit être intimement liée à la supervision et la formation continues.

Si le Ministère peut reorienter ses énergies vers la reorganisation des services de statistiques et vers l'amélioration de la qualité du personnel au niveau central et régional, il est fort probable que les investissements déjà consentis sous forme d'équipement informatique et de personnel auront comme résultat de favoriser la production de données utiles et disponibles régulièrement pour la planification, la gestion, et l'évaluation.

Recommandation A.2.b.(1). Nous recommandons que le Ministère commande de faire faire une étude sur l'organisation et le personnel des services statistiques au sein du Ministère et dans les régions. Une telle étude doit comporter une analyse approfondie des activités requises et de la main d'oeuvre nécessaire. Les analyses des activités doivent être assez détaillées pour évaluer le nombre d'heures-personnes nécessaire pour saisir les données, exécuter les analyses, entretenir les programmes et les ordinateurs; il est nécessaire de donner une attention particulière au personnel nécessaire pour la formation et recyclage des agents de santé dans la collecte des données. L'étude doit également examiner la totalité actuelle de rapports produits et recommander le genre de rapports qui devrait être publié dans un recueil annuel de statistiques, un annuaire de statistiques sanitaires.

A.2.b.(2). Cette étude doit fournir des recommandations pour la restructuration des services statistiques et pour une mise en oeuvre progressive du plan pour l'augmentation du personnel. Il est important de commencer la mise en oeuvre de ce plan avant Mars 1990. Sa pleine exécution devrait constituer une condition au déboursement de la troisième tranche des fonds de contrepartie.

A.2.b.(3). Le Ministère et les DDS doivent, avant la fin d'Octobre 1989, soumettre un plan pour la formation du personnel de santé, ce qui assurera que le nouveau système d'information est utilisé à travers le pays vers la mi-1990.

A.2.b.(4). Dès 1991, le Ministère doit utiliser les données du nouveau système d'information sanitaire de l'année précédente pour produire un annuaire de statistiques sanitaires.

A.2.b.(5). En 1992, le Ministère doit utiliser les données de l'annuaire de statistiques de 1991 comme base pour développer le plan de santé national.

A.2.b.(6). Des ateliers de supervision et de recyclage pour les agents des centres de santé régionaux et locaux doivent inclure une formation en collecte et reportage de données.

3. Responsabilités et activités du Ministère du Plan:

Le Ministère du Plan a une grande responsabilité, sous l'Accord de Subvention, pour la supervision des activités du programme. Il est chargé de la coordination des éléments principaux du programme, de la surveillance et de la production de rapports sur la gestion, et sur l'allocation de fonds de contrepartie, de donner de l'aide dans les ateliers, dans les séminaires et le recyclage pour mettre en oeuvre des réformes politiques, de diriger les évaluations et enfin, en conjonction avec le Ministère de la Santé, de préparer des rapports semi-annuels sur le progrès vers la mise en oeuvre des réformes de politique. De plus il est chargé du développement d'une réforme démographique.

L'image qui se dégageait de nos interviews était celle de l'absence relative du Ministère du Plan dans les activités ayant une relation avec l'Accord. Sa relation principale a été avec les fonds de contrepartie, le président de la Comité de gestion étant le Directeur de la Direction du Financement des Investissements (DFI) dans le Ministère. Alors que le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé sont tous deux chargés de la production des rapports semi-annuels, le seul rapport qui ait surgi l'année dernière provenait du Ministère de la Santé. Le Ministère du Plan a fait circuler un avant-projet pour le développement d'un programme d'étude démographique qui n'a pas encore été approuvé, mais il n'a soumis aucun rapport sur ses activités en relation avec l'Accord de Subvention.

Recommandation A.3.(1). Nous recommandons que le Ministère du Plan à travers la DFI participe davantage dans les activités sous l'Accord en travaillant de plus près avec le Ministère de la Santé dans la préparation de rapports semi-annuels et annuels, comme le nécessite l'Accord.

A.3.(2). Le Ministère du Plan doit diriger plus activement les fonctions du Secrétariat lorsque, comme on l'a recommandé, quelques unes de ces activités sont transmises sous son autorité.

A.3.(3). Avant la fin de l'année 1989, le Ministère du Plan, en conjonction avec le Ministère de la Santé Publique, organiser un meeting des hauts fonctionnaires du Gouvernement du Niger et de l'USAID pour procéder au recensement annuel et l'évaluation du Programme comme est requis dans l'Accord (Annexe 1, p.16) et dans la lettre no.1 de la Mise en Oeuvre du Programme (PIL no.1).

B. Analyse des réformes des politiques sanitaires

L'une des hypothèses qui soutendent la conception de la présente Subvention est que le Gouvernement du Niger serait capable de mettre en oeuvre des réformes de politique sanitaire suivant des étapes régulières et bien définies. Ces étapes qui sont implicitement contenues dans les conditions préalables peuvent se résumer comme suit: études initiales, élaboration d'options de politique, sélection, tests pilotes, nouvelles analyses, sélection définitive de politique, mise en oeuvre de la politique. Dans la pratique, le monde réel de la politique peut bouleverser ce processus à n'importe quel stade. Il peut également mener à sauter des étapes au cours de la mise en oeuvre. Ainsi le fait que le gouvernement du Niger ne procède pas aussi rapidement en tout n'est pas chose surprenante, quoique cela puisse être décevant.

Le contexte politique extérieur au secteur sanitaire peut, au même titre que le contexte politique interne à ce secteur, avoir un impact sur le programme. Par exemple, au Niger, la politique nationale d'ajustement structurel menée par le Gouvernement constitue une force motrice des efforts de recouvrement de coûts au niveau du secteur sanitaire.

Les réformes de politique proposées dans le cadre du programme de subvention partagent toutes le même environnement politique extérieur. A chacune de ces réformes correspond également un environnement de politique unique. Ces environnements concernent des décideurs différents, des institutions différentes, des lois différentes, et des groupes

124

intéressés également différents. Il est possible que ces environnements ne concernent uniquement que le Ministère de la Santé Publique ou des agences qui lui sont extérieures. A travers la révision des réformes de politiques proposées dans le cadre de la Subvention, il est en fait possible d'expliquer certaines des contraintes rencontrées au cours de l'analyse des environnements.

Des éléments d'environnements de politiques de réformes présentés dans le Tableau 1 montrent que les intérêts économiques des populations sont plus affectés par les politiques de recouvrement de coûts.

Par conséquent, de telles politiques sont hautement sensibles au plan politique et demanderont une préparation très sérieuse dans le débat public. Mais il existe déjà depuis 1962, des bases juridiques qui soutiennent le recouvrement des coûts à l'hôpital. Il n'en est pas de même pour les services non-hospitaliers. Les activités de réforme politique sont différentes dans ces deux domaines. Dans l'un, il existe un consensus national sur le besoin de percevoir des paiements; seules les méthodes de la mise en oeuvre restent à être développées. Dans l'autre domaine, il faut encore obtenir le consensus national. Ainsi, pour ce dernier, le débat politique doit aller au-delà du Ministère de la Santé. Une manière de réaliser cela est par l'activation d'un haut comité de responsables gouvernementaux comme le nécessite l'Accord de Subvention et le PIL no. 1. De même, des résultats positifs seraient obtenus par le développement de séminaires et ateliers qui rassemblent les responsables intéressés du gouvernement ainsi que les bailleurs de fonds intéressés pour discuter l'élaboration de la politique sanitaire.

Même dans les cas où un débat politique doit être élargi, le Ministère de la Santé Publique demeure chargé du développement des réformes de politique et du pourvoiement du forum pour le débat. De plus, comme le montre Tableau 1, il y a certains secteurs politiques, dans lesquels le Ministère est le principal, sinon le seul, acteur. Afin d'exécuter son rôle dans les réformes de politique, le Ministère de la Santé Publique doit désigner un haut fonctionnaire dans la DEP dont la tâche sera de surveiller la politique. De cette manière, le Ministère peut affirmer qu'il fait preuve de sens de commandement dans les réformes politiques.

Recommandation B. (1). Nous recommandons qu'un haut comité des responsables du Gouvernement du Niger et de l'USAID se rencontrent deux fois par an pour évaluer les progrès en réformes politiques, pour discuter des stratégies appropriées et pour reporter, chaque année, son évaluation sur le processus de la politique. Ce comité, composé de représentants de plusieurs

7/11

125

Tableau 1

Quelques Eléments du contexte politique des reformes politiques sanitaires

Réformes Politiques Sanitaires	Décideurs	Population a un interet économique direct?	Institutions Impliquées ou Intéressées	Nécessité de créer un cadre juridique?	Decisions internes au Min. Santé
Recouvrement des coûts: Hôpitaux	Min. Santé Min. Finance	Oui	hôpitaux Banque Mondiale	Non (Loi de 1962)	Oui
Recouvrement des coûts: Non-hôpitaux	Min. Santé Min. Finance Min. Plan.	Oui	Centres de sante Bailleurs de fonds ONG	Oui	Non
Achat de Médicaments	Min. Santé	Non	ONPPC Bailleurs de fonds	Oui	Oui
Allocation des Ressources budgetaires	Min. Santé	Non	Bailleurs de fonds	Non	Oui
Gestion des Ressources en Personnel	Min. Santé Fonction Pub.	Non	Centres de Sante DDS Bailleurs de Fonds	Non	Non
Autorisation de l'usage des contraceptives	Min Santé et Aff. Soc. Président	Non	Bailleurs de fonds	Non (Loi de 1989)	Non
Politique Démographique	Min. Plan Min. Santé	Non	Bailleurs de fonds	?	Non

Ministères, surveillera les analyses et étudiera les progrès faits dans la réforme. Il servira également de forum pour élargir le débat sur des politiques choisies. Ce comité veillera à ce que les rapports d'évaluation semi-annuels et annuels prévus par cet Accord soient préparés et disséminés.

B. (2). Le Ministère de la Santé Publique doit désigner un haut fonctionnaire, à l'intérieur de la DEP dont la tâche principale sera de surveiller le développement de la réforme de politique et la mise en oeuvre de cet Accord.

C. L'Utilisation des fonds de contrepartie

La sélection des projets à financer par les fonds de contrepartie est un processus à deux étapes. D'abord les projets sont soumis à l'analyse technique de la DEP; si les projets sont approuvés, ils passent alors chez le Ministère du Plan, et sont soumis aux membres de la Comité de Gestion pour être approuvés. Le premier déboursement de la Subvention s'élevait à 2.134.000 de dollars. Le montant total de cette somme disponible en devises locales s'élève à 621.628.973 Fcfa. Le budget du Secrétariat a été déduit de cette somme (92.581.598 Fcfa). Le reliquat disponible pour le financement de projets s'élève donc à 529.047.375 Fcfa.

Il existe quatre critères de sélection des projets à financer par le Comité de Gestion. Ces critères proviennent du PIL no. 7:

1. Programmes, projets ou activités contribuant à la mise en oeuvre des réformes de politique et au programme de renforcement institutionnel dans le secteur sanitaire.
2. Financement des charges récurrentes des projets en cours financés par l'USAID et qui contribuent aux objectifs du programme.
3. Financement des charges récurrentes des projets sanitaires étroitement liés aux projets de l'USAID ou qui leur sont complémentaires, mais dont le capital et les charges non-récurrentes sont financées par d'autres donateurs.

* Les critères utilisés par la DEP pour évaluer les propositions de projets n'ont pas été documentés. Ainsi nous ne pouvons porter aucun jugement sur ce processus de sélection.

4. Financement de l'extension de programmes/projets en cours d'exécution, ou des projets sanitaires prioritaires et qui contribueront aux objectifs du programme.

Le Tableau 2 présente le détail des critères retenus pour le financement de chacun des projets:

Tableau 2

PROJETS APPROUVES SUIVANT LES CRITERES DE SELECTION				
Projet	Contrib. Exécut.	Coûts Recur. Prits USAID	Coûts Recur. Prits Annex.	Extens. Prits
Journées d'études	x			
Lutte mal. diarr.		x		
ESV	x			
Etudes pol. sanit.	x			x
Séminaire Ref. Pol.	x			
Tournées du Minis.	x ^a			
SNIS	x			
Appui à la coord.	x			
Super. form. sanit.	x			
Appui aux MSF				x
Campagne vaccinat.			x	
			x	
Total	8	1	2	2

Il ressort clairement de ce tableau que tous les projets sont conformes aux critères du PIL No.7. La plupart des projets financés (huit sur onze) ont contribué à la mise en oeuvre de la Subvention. Les projets suivants ont été financés dans ce cadre: études sur la réforme de politiques, séminaires sur la réforme des politiques, appui à la DEP pour la coordination, supervision des formations sanitaires et ESV, et appui au SNIS. Deux des projets qui contribuent à la mise en oeuvre de l'Accord de Subvention sont des extensions de projets financés sous le PASR.

Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques entre dans la catégorie des projets à charges récurrentes financés par l'USAID. Le projet Appui aux MSF et le projet Campagne de Vaccination sont les seuls à être financés dans la rubrique Coûts Récurrents aux Projets Annexes. Les trois derniers projets contribuent également à la politique de l'USAID en faveur du soutien à la survie des enfants.

^a Ce projet a été classé dans la rubrique Exécution de programme suivant l'hypothèse que cette tournée se situait dans le cadre de la supervision.

Des propositions de projets n'ont pas été approuvées et par la DEP et par le Comité de Gestion. Trois projets sur la nutrition n'ont pas été approuvés par la DEP:

Projet Vitamine A de Helen Keller International
 Projet Enquête Nutritionnelle de Michael Chapko
 Projet de Nutrition présenté par le Directeur Régional de la Santé de CARITAS

Le Comité de Gestion n'a pas donné son approbation à trois projets:

Proposition de test d'un système d'information destiné aux PMI

Proposition faite par la Division des Infrastructures Sanitaires pour des pièces de rechange et de l'essence destinées aux garages

Proposition d'une enquête nutritionnelle

A cause du manque de documentation, nous nous trouvons dans l'incapacité de porter un jugement sur la pertinence des raisons pour lesquelles les projets ont été rejetés par la DEP. Les raisons du rejet de deux des projets présentés au Comité de Gestion semblent pertinentes: on note le cas d'une proposition d'enquête nutritionnelle rédigée en 1985 et qui nécessitait donc une mise à jour; dans le cas du test du système d'information PMI, ce projet recevait déjà un financement d'une autre source. Quant à la proposition faite par la DIS pour des pièces de rechanges et le carburant, les membres de l'Equipe d'Evaluation ne se trouvait pas d'accord sur la pertinence de ce projet. On était tous d'accord que la somme demandée était excessive, mais les uns trouvaient que le projet comportait trop de coûts récurrents tandis que les autres trouvaient que la maintenance des véhicules est une activité essentielle dans le cadre des activités prévues par la SDS.

Un projet continue à être examiné par le Comité de Gestion. Il s'agit du Programme pour la lutte contre le paludisme. Alors que les projets étaient présentés aux réunions du Comité de Novembre 1988 et d'Avril 1989, les promoteurs de projets ont été priés de soumettre de nouveaux projets, révisés, parce que les premiers ne convenaient pas, selon le Comité. Une des raisons alléguées est la somme excessive demandée (259,434,445 Fcfa); une autre raison était que le Programme devait coordiner ses activités avec celles de la Banque Mondiale ~~et~~ expliquer comment il allait se pourvoir de fonds par la suite. Le promoteur de ce projet révisé actuellement son projet afin d'obtenir des fonds. Cependant si l'extension de fonds à d'autres projets est ou a été approuvée (voir note plus haut), alors ce projet devra attendre le déboursement de la deuxième tranche des fonds de contrepartie.

120

Le processus de demande de financement de projets par des fonds de contrepartie est complexe et incertain. La plupart des projets qui ont été acceptés recevaient l'assistance des expatriés dans la rédaction des propositions. Ceci indiquerait que le processus de subvention est basé sur un système américain plutôt que sur un système avec lequel les Nigériens seraient familiers. Un exemple est le projet de la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques. Cette demande a été soumise en Avril 1988; mais les fonds ne sont devenus disponibles qu'en Août 1989. Le projet a, sur demande, été changé à plusieurs reprises. Des problèmes de communication entre le promoteur du projet, le Ministère de la Santé et le Comité de Gestion étaient évidents. Alors que ce projet s'accorde avec la priorité de la USAID concernant la survie des enfants, il n'a pas encore obtenu des fonds de contrepartie, malgré son approbation en Août 1988. L'expérience de ce promoteur de projet suggère que le processus de demande doit être clarifié et, si possible, simplifié.

Le Tableau 3 présente la proportion de fonds distribués dans chaque catégorie avec le détail du financement par projet et par critère de sélection:

Tableau 3

POURCENTAGE DES FONDS ALLOUES PAR PROJET ET PAR CRITERE				
Projet	Contrib. Exécut.	Coûts Recur. <u>Prijs USAID</u>	Coûts Recur. <u>Prijs Annex.</u>	Extens. <u>Prijs</u>
Journées d'études	3,2%			
Lutte mal. diarr.		6,1%		
ESV	9,6%			
Etudes pol. sanit.	7,9%			(9,6%)
Séminaire Ref. Pol.	6,7%			
Tournées du Minis.	1,0%			
SNIS	23,0%			
Appui à la coord.	9,6%			
Super. form. sanit.	5,8%			(5,8%)
Appui aux MSF				
Campagne vaccinat.			17,5%	
			2,4%	
Total	66,8%	6,1%	19,9%	(15,4%)

Pourcentage total des fonds alloués: 92,8%*

*Ce pourcentage est calculé sans tenir en compte l'amendement au financement du SNIS puisqu'il n'était pas possible de vérifier si cette augmentation a été approuvée.

Le tableau 3 indique que la plupart des fonds de contrepartie (92,8%) ont été alloués. La majorité des fonds (66,8%) est également utilisée pour financer les projets qui contribuent à la mise en oeuvre de l'Accord de Subvention au Développement Sanitaire; à noter que le gros du fonds (23%) revient au Système National d'Information Sanitaire dont une partie est allouée à l'achat des ordinateurs. Pour ce qui est des fonds disponibles, 6,1% sont alloués aux projets qui font partie des coûts récurrents des projets financés par la USAID; 19,9% ont été alloués aux coûts récurrents de projets annexes. Les sommes allouées sont adéquates puisque la plus grande partie des fonds vont à la mise en oeuvre de l'Accord. De manière toute aussi adéquate, d'autres fonds vont à des projets qui appuient la survie des enfants (26% ou plus),¹ et d'autres (15,4%) appuient des projets en priorité du PASR.

Le Comité de Gestion a adéquatement utilisé les fonds de contrepartie, selon les critères du PIL no. 7. Cependant, il n'a pas toujours suivi les procédures officielles. Par exemple, un projet a été approuvé au téléphone et il n'y a aucune documentation sur cette décision. Il s'agit ici de ce même projet qui avait soulevé un débat sur la somme approuvée.² De plus, parce que le Comité ne s'est pas rencontré régulièrement dans le passé, les promoteurs de projets n'ont pas toujours été informés des horaires des réunions.

Le choix des projets et les sommes allouées sont indéniablement adéquats; cependant les difficultés rencontrées dans le processus même d'acquisition de fonds pour la mise en oeuvre du projet sont allées à l'encontre des buts de l'Accord.. Les procédures de déboursement des fonds sont mal définies; aussi les promoteurs se sont trouvés forcés d'aller au Secrétariat chaque fois qu'ils avaient besoin de fonds et ont dû attendre avant de les obtenir. Ce travail laborieux a retardé les activités de l'Accord de Subvention. Il nous a été impossible de documenter exactement les lapses de temps entre la requête de déboursement de fonds approuvés et la date de la disponibilité des fonds parce que les dates de demande n'étaient pas au Secrétariat. Cependant, on nous a tiré l'attention sur un certain nombre d'activités qui ont dû être ajournées ou qui comportaient

¹ Si l'on considère le Système National d'Information Sanitaire, du moins du point de vue du projet de la survie des enfants parce qu'il fait la collecte des données sur les maladies infantiles, alors la proportion des fonds alloués appuyant la survie des enfants devient encore plus élevée.

² Le projet auquel on réfère ici comportait du financement pour les Journées d'Etudes, tenues à Dossou en 1988.

l'utilisation de fonds personnels à cause de la difficulté à obtenir des fonds de contrepartie. Par exemple, quelques séminaires sur l'utilisation des nouvelles formes de la collecte des données ont été ajournés parce que les fonds n'ont pas été obtenus à temps. Dans un autre cas, un des assistants techniques a payé de sa propre poche les frais d'un séminaire au lieu d'attendre le déblocage des fonds. Dans d'autres cas, les promoteurs ont été découragés par les difficultés dans le processus de déboursement de fonds et se sont tournés ailleurs pour leur financement.

Le Tableau 4 indique les proportions de fonds dépensés pour chaque projet à la date du 8 août 1989:

Tableau 4

POURCENTAGE DES FONDS ALLOUES PAR PROJET

<u>Projet</u>	<u>Date d'Approbation</u>	<u>Pourcentage des Fonds Déboursés</u>
Journées d'études	-	100%
Lutte mal. diarr.	4 octobre 1988	0%
ESV	4 octobre 1988	31%
Etudes pol. sanit.	18 août 1988	23%
Séminaire Ref. Pol.	18 août 1988	8%
Tournées du Minis.	21 novembre 1988	100%
SNIS	21 novembre 1988	51%
Appui à la coord.	21 avril 1989	2%
Super. form. sanit.	21 avril 1989	0%
Appui aux MSF	21 avril 1989	0%
Campagne vaccinat.	21 avril 1989	NA*
		0%

A ce jour, la majorité des projets ont reçu moins de la moitié de leur financement et trois projets n'ont encore reçu aucun financement. Il n'y a que deux projets qui ont reçu 100% des fonds alloués. Ce bas niveau de déboursement des fonds de contrepartie a de graves implications pour le progrès des activités de l'Accord.

En conclusion, les fonds de contrepartie de la première tranche ont été alloués, de manière adéquate, selon les critères de PIL 7. Cependant les décisions ne sont pas toujours bien documentées. Le processus de demande de fonds de contrepartie a souvent été lent à cause de la confusion de la part des promoteurs de projets sur le processus de demande. Enfin, le

* L'information manque à ce propos car les fonds avaient été récemment placés dans un compte en banque spécial pour le projet.

processus de l'acquisition de fonds du Secrétariat a été laborieux et lent car les procédures ne sont pas clairement définies.

Recommandation C. (1). Toute décision prise par le Comité de Gestion doit être documentée et, si possible, se faire dans les réunions officielles afin d'éviter toute confusion sur les décisions prises.

C. (2). Les procédures de demande doivent être clarifiées, simplifiées et annoncées dans un séminaire. De même, les procédures pour le déboursement de fonds doivent être simplifiées et postées.

C. (3). Les promoteurs de projets potentiels doivent être informés des dates de réunion du Comité de Gestion au moins trois mois à l'avance.

C. (4). Un séminaire doit se tenir pour informer les promoteurs de projets potentiels des procédures de demande et des critères de sélection pour les fonds de contrepartie avant le déboursement de la 2ème tranche des fonds de contrepartie.

C. (5). Les critères de sélection et les décisions prises concernant les projets soumis à la DEP pour des fonds de contrepartie doivent être documentés.

D. L'Assistance Technique et la Gestion de la SDS par l'USAID

1. L'Assistance Technique

a. L'Assistance Technique à long-terme: Les trois assistants techniques à long-terme de Tulane-Abt ont aidé le Ministère de la Santé Publique à remplir les conditions préalables de l'Accord de la Subvention par la production d'analyses et rapports, par des séminaires, et par le développement d'un système d'information. Leur travail s'est distingué par sa haute qualité et a été en général bien apprécié de leurs collègues nigériens. Comme ce rapport l'a déjà noté, le Ministère devra à l'avenir concentrer davantage d'efforts sur le développement de ses capacités institutionnelles pour le développement d'une politique sanitaire, pour la gestion d'information, et pour la surveillance de la SDS. Il s'ensuit que l'assistance technique devra donner d'avantage de soutien pour les activités de gestion et de développement des politiques sanitaires.

Ce n'était qu'en juillet 1989 que le Ministère a formellement affecté des homologues aux assistant techniques et

il n'y en avait que deux sur les trois prévus. Entre-temps, des fonctionnaires du Ministère travaillaient avec des membres de l'équipe d'assistance technique sans y être affectés officiellement. Comme résultat l'équipe a souvent poursuivi son travail technique sans l'avantage d'une contribution nigérienne continue. Le manque d'homologues a aussi limité leur capacité d'assurer la formation continue qui permettrait à la DEP de prendre la relève quand l'assistance technique aura pris fin.

L'Equipe d'assistance technique se trouve dans une situation délicate puisque, selon son contrat, un indice de succès est "l'efficacité avec laquelle le Gouvernement du Niger remplit les conditions préalables et les objectifs des réformes politiques de la SDS." Cela impose à l'équipe une responsabilité pour une chose sur laquelle elle n'a aucune emprise et qu'une influence bien circonscrite. En même temps cela offre un aiguillon à l'équipe pour elle-même prendre en charge des activités et assurer qu'elles soient accomplies.

Recommandation D.1.a.(1). Le Ministère de la Santé Publique devrait affecter un homologue nigérien à chaque assistant technique dès son arrivée à Niamey.

D.1.a.(2). L'Equipe d'assistance technique devrait être encouragée à développer des plans et stratégies capables de faciliter le développement institutionnel du Ministère et ses capacités de développer les politiques sanitaires. On devrait la dissuader d'entreprendre des activités qui ne bénéficient pas d'une participation nigérienne considérable, même si le résultat est le non-accomplissement de certains objectifs.

Dans certaines circonstances une telle recommandation pourrait comporter le risque qu'une équipe l'utilise comme prétexte pour l'inactivité. Or, en ce cas précis, l'équipe a démontré tant de sérieux et d'assiduité que le risque semble minime.

Les deux rapports techniques sur le processus de l'élaboration des politiques sanitaires et sur les politiques gouvernementales concernant les réformes, exigées dans le contrat dans un délai de six mois après l'arrivée au Niger du chef de l'équipe, ont été amalgamés dans un seul rapport qui circule actuellement en forme de brouillon.

Recommandation D.1.a.(3). Les études compréhensives exigées sous le contrat avec Tulane devraient être réduites au bénéfice d'une série de rapports individuels sur les processus de décisions pour chaque politique sanitaire visée par la SDS. Ces rapports comporteraient des applications directes et pratiques puisque, comme expliqué sous la rubrique

III B, chaque politique se situe dans un environnement particulier. Nous recommandons, par exemple, que le premier rapport soit une analyse de l'environnement de la politique de recouvrement des coûts non-hospitaliers. Cette analyse devrait inclure toutes les questions auxquelles on doit répondre dans le processus de l'élaboration de la politique (entre autres, quels organismes ou institutions bénéficient des taxes ou tarifs perçus? qui sont les décideurs pertinents? et qui sont les groupes et individus intéressés?). Cette analyse devrait recommander au Ministère des stratégies pour faire participer les responsables pertinents au processus de décision, ainsi que les groupes intéressés, comme le personnel des services de santé. Finalement, ce rapport devrait aider le Ministère à préparer des stratégies pour encourager l'acceptation populaire de la politique de recouvrement des coûts.

D.1.a.(4). Vu le retard dans la mise en oeuvre de la SDS, trois postes d'assistants techniques devraient être continués pendant au moins deux ans, et, si le financement le permet, trois ans.

D.1.a.(5). Pour répondre au besoin d'un soutien accru au développement institutionnel et à l'élaboration de la politique sanitaire, nous recommandons que les attributions des membres de l'équipe soient modifiées comme suit:¹⁰

1) Chef d'équipe/spécialiste en gestion et analyses politiques pour aider le Ministère à élaborer les politiques sanitaires et à faire les études, prévues dans la Subvention, relatives à la gestion et la planification. Cet assistant technique senior devra avoir une expérience en analyses et mise en oeuvre de politique; il aurait déjà accompli des travaux dans le développement institutionnel et politique. Parmi ses responsabilités seraient la préparation de rapports sur le processus de développement des politiques sanitaires et les stratégies des réformes, ainsi que la supervision de l'analyse de

¹⁰Ces profils de responsabilité donnent une information supplémentaire sur quelques points aux termes de référence de l'équipe de l'assistance technique. Ces profils ne devraient pas être interprétés comme remplaçants globaux des termes de référence actuels qui sont pour la plupart adéquats.

l'organisation, des attributions et des besoins en personnel de la DEP, et la participation à la restructuration des services statistiques.

2) Epidémiologiste/spécialiste en gestion de l'information dont la responsabilité serait d'aider le Ministère à développer ses services intégrés de statistiques et le système d'information qui de façon routinière produira des analyses des prestations de soins, des ressources sanitaires, et des besoins sanitaires; en priorité cette personne devra préparer une étude de l'organisation et l'affectation du personnel des services statistiques avec des analyses des attributions et les besoins en personnel.

3) Economiste de la santé qui travaillera avec le chef de l'équipe d'assistance technique et le Ministère en vue d'élaborer des analyses techniques et des options de politique.

b. L'Assistance Technique à court-terme: L'Assistance technique à court-terme s'est avérée moins satisfaisante. La nature même des consultations à court-terme a causé une certaine frustration chez les responsables du Ministère qui estiment qu'ils ont à peine le temps de prendre connaissance des documents que le consultant est déjà parti. Bien que les consultations à moyen terme de quatre à six mois puissent s'avérer plus satisfaisantes, nous sommes conscients qu'il est souvent difficile de trouver des consultants qualifiés qui soient disponibles pour des consultations d'une telle durée.

Recommandation D.1.b.(1). Le Ministère de la Santé Publique devrait affecter un homologue nigérien à chaque consultant à court-terme ou à moyen-terme dès son arrivée à Niamey.

D.1.b.(2). Si ni des consultants nigériens qualifiés ni des consultants à moyen-terme expatriés ne sont disponibles, le Programme devrait utiliser des consultants à court-terme récurrents, c'est-à-dire des consultants à court-terme programmés à revenir au Niger à plusieurs reprises à des intervalles prévues. De cette manière, non seulement les consultants seraient connus du personnel du Ministère, mais ils seraient également disponibles pour les discussions sur le suivi de leurs études.

2. La Gestion de la SDS par l'USAID

L'USAID a fait un excellent travail dans sa surveillance des activités du Programme en tenant des réunions fréquentes avec les responsables du Ministère de la Santé Publique et en tenant des réunions mensuelles de gestion avec les assistants techniques. L'USAID a utilisé le "fonds en trust" pour embaucher un assistant de programme pour surveiller le Programme. L'USAID est représenté au Comité de Gestion qui alloue les fonds de contrepartie. Avant ses réunions le "steering committee" interne de l'USAID détermine son point de vue sur les projets proposés. L'USAID travaille également avec les promoteurs de projets pour les aider à remplir les critères de la "Program Implementation Letter, no. 7" pour l'utilisation des fonds de contrepartie.

La surveillance par l'USAID de la gestion financière des fonds de contrepartie a été moins satisfaisante que sa surveillance des activités du programme. Bien que l'USAID ait utilisé "les fonds en trust" pour embaucher des assistants techniques et aider la gestion financière au Secrétariat, il manque toujours la documentation de quelques décisions sur l'allocation de fonds et sur le virement de fonds pour les sous-projets. Un cas à citer est l'allocation de fonds aux Journées d'Etudes de Dosso: aucune documentation n'existe sur la décision d'allocation pour ce projet et l'USAID et le Secrétariat ne se trouvent pas d'accord sur le montant de l'allocation. Néanmoins, la plus grande des deux sommes, celle que le Secrétariat maintient être la somme correcte, a en fait été déboursée.

De plus, bien que quelques projets aient reçu les fonds depuis plus d'un an, aucune surveillance de leur utilisation n'a eue lieu. Pour ces raisons, il est possible qu'au moment où le programme est soumis à une vérification de comptes, il perde sa certification 121D, une éventualité qui pourrait entraver les tentatives du Gouvernement du Niger à mettre en oeuvre les réformes.

Une contrainte au soutien de l'USAID des activités du Gouvernement du Niger a été sa politique sur les per diems. Puisque l'USAID a eu une politique plus sévère sur les per diems que d'autres bailleurs de fonds, les Nigériens ont quelquefois préféré chercher les fonds chez des bailleurs de fonds qui payeraient davantage--même quand une subvention de l'USAID serait autrement plus adéquate. La politique de l'USAID à savoir de payer des plus grands per diems à ses employés locaux qu'il ne paie aux fonctionnaires du gouvernement quand ils travaillent dans le cadre d'un projet qu'il subventionne est perçue comme inconsistante et peut être une source d'irritation. Quelques séminaires et ateliers ont été retardés ou annulés à cause des contretemps au sujet des per diems. Récemment, les bailleurs de fonds se sont réunis pour discuter leurs politiques sur les per diems et sont arrivés à une décision pour standardiser leurs

politiques. Il reste à voir si cet accord résoudra le problème. Des bribes d'information suggèrent que les taux varient toujours, peut-être parce que la politique nouvelle admet tout un éventail de taux, ce qui permet à quelques bailleurs de fonds de payer davantage et aux autres de payer moins. Ainsi, les taux standardisés restent évasifs.

Recommandation D.2. (1). L'USAID doit améliorer sa surveillance financière du fonds de contrepartie. Toutes les décisions prises sur le financement des sous-projets devraient être documentées, et de même pour le virement de fonds.

D.2. (2). Les projets subventionnés par les fonds de contrepartie doivent être surveillés de façon régulière pour assurer que l'utilisation des fonds est conforme aux règlements.

D.2. (3). L'USAID doit continuer à travailler avec les autres bailleurs de fonds non seulement pour clarifier leurs politiques sur les per diems, mais également pour mettre en place une politique unique pour tous les bailleurs de fonds, conforme à la politique de l'USAID en ce qui concerne ses employés locaux.

E. Objectifs, Conditions Préalables et Indicateurs d'Impact:
A-Propos et Practicabilité

Le Programme d'Accord a deux grands buts: atteindre d'importantes réformes de politique sanitaire et soulager les contraintes financières dans les services sanitaires connexes grâce à une aide budgétaire. Le premier de ces buts nécessite l'accomplissement de six objectifs auxquels sont liés des conditions préalables qui indiqueraient le progrès vers ces objectifs; Le deuxième but nécessite la mise en place d'un mécanisme (un fonds de contrepartie en devises locales) pour allouer des fonds aux activités qui feraient avancer les objectifs du Programme.

A la lumière de l'expérience des premières deux années et demie, il faut tout d'abord se demander si les conditions préalables, telles qu'elles sont énoncées dans l'Accord originel et telles qu'elles furent modifiées par le troisième amendement d'Août 1989, sont adéquates et faisables pour atteindre les buts et les objectifs de l'Accord.

La deuxième question est de savoir ce que sont ou doivent être les indicateurs adéquats pour mesurer l'impact des six volets du programme aussi bien pour mesurer l'utilisation des fonds de contrepartie. Quelles données supplémentaires doivent

encore être rassemblées? Enfin, nous nous tournons vers l'évaluation de l'impact des réformes de politique du Programme, jusqu'à ce jour.

1. A-Propos et Practicabilité des Conditions Préalables:

Toutes les conditions préalables sont adéquates pour remplir les objectifs du Programme, c'est à dire qu'elles aident le Gouvernement du Niger à atteindre ces objectifs. L'on pourrait nous maintenir que la séquence pourrait être différente ou bien qu'une étude aurait dû être mise en relief davantage, mais ce sont là des détails peu importants devant une série d'activités bien réfléchie et qui doit être exécutée en séquence. Il est important que le Ministère entreprenne ces activités là pour réformer sa politique sanitaire.

Les conditions préalables, telles qu'elles sont établies présentement, donnent peu de critères pour la construction de structures d'organisation, qui sont pourtant nécessaires pour conduire les activités de l'Accord. Le Ministère de la Santé Publique aura de grandes difficultés à continuer ses activités de réformes de politique sans d'abord poser les bases de ses services statistiques et de la DEP en donnant toute son attention à la restructuration et au problème du personnel. Entre temps, le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé Publique, en conjonction avec la USAID, doivent considérer la structure future du Secrétariat. Les conditions préalables doivent reconnaître l'importance de ces activités de base et les inclure dans ses critères.

Recommandation E.1.(1). Nous recommandons qu'on donne la priorité aux activités de base, telles que la

- 1 réorganisation et la fourniture en personnel de la
- 2 DEP, le développement et la fourniture en
- 3 personnel des services de statistiques régionaux
- 4 et centraux et la restructuration du Secrétariat,
- 5 que ces activités soient ajoutées comme conditions

aux déboursements futurs de fonds.

Avec l'addition de ces conditions, le problème majeure concernant les conditions préalables n'est plus si elles sont adéquates, car elles le sont, mais plutôt si elles sont faisables, dans les limites de temps de l'Accord de Subvention et dans les contraintes posées par les ressources humaines du Gouvernement du Niger. Elles ne le sont pas. Alors que l'Accord de Subvention originel avait prévu que chaque série de conditions préalables s'accomplirait à un an d'interval, l'Accord révisé (troisième amendement signé en Août 1989), se rendant compte des difficultés dans le plan d'exécution, n'impose aucune date limite pour l'accomplissement de chaque série de conditions.

Malheureusement, l'allure à laquelle s'accomplissent les activités de l'Accord semble être plus lente que prévue dans l'Accord révisé. En Août 1987, le gouvernement nigérien avait rempli les conditions préalables à la première tranche, un an après la signature de l'Accord. Il cherche encore à remplir la deuxième série des conditions, qui ne semble devoir s'accomplir qu'au début de 1990. Ainsi la première série a pris un an alors que la seconde aura pris deux ans et demie. Si nous devons nous servir de la vitesse passée pour prédire la vitesse future, nous prévoyons que le temps moyen nécessaire pour remplir chacune des trois séries subséquentes de conditions sera un an et demi. A cette allure, le programme sera complété en 1994, et non pas en 1992, comme le prévoit l'Accord actuel.

Le calcul du temps nécessaire pour remplir les conditions peut sembler quelque peu mécanique, mais il serait imprudent d'ignorer les leçons des trois dernières années: à la présente allure, le gouvernement du Niger n'aura pas la possibilité de remplir les objectifs de l'Accord de Subvention à la fin de 1992, comme prévu.

Les raisons de ces retards ont été indiquées dans les analyses présentées plus haut. Des problèmes de gestion au sein du Secrétariat; Faiblesse du nombre et qualification du personnel du Ministère de la Santé Publique et qui s'occupe des activités de l'Accord de Subvention; manque de réunions des hauts fonctionnaires des Ministères du Plan, Finance, Santé et de l'USAID pour le examen annuel du Programme; complexités des réformes de politique nécessitées et importance qu'il y a que le Ministère de la Santé Publique prenne charge tout en élargissant le forum pour des discussions de politique. Lenteur du processus d'approbation de financement de projets et celle de déboursement de fonds de contrepartie; attention insuffisante de la part de la USAID aux problèmes financiers et de comptabilité du Secrétariat.

Ces problèmes ont des remèdes. Mais ceux-ci eux-mêmes demandent du temps. Il est inévitable que les remèdes ayant rapport avec la restructuration des bureaux gouvernementaux et l'affectation de personnel en nombre plus élevé, soient mis en place au fur et à mesure que le gouvernement décide de la meilleure forme d'organisation et qu'il trouve du personnel disponible.

De plus, le fait même d'exécuter les activités que nous recommandons, à savoir les études sur la réorganisation de la DEP, du Secrétariat et des services statistiques centraux et régionaux, demandera une attention supplémentaire de la part du Ministère de la Santé Publique et de l'équipe de l'assistance technique, réduisant ainsi leur capacité à s'occuper des autres activités du Programme.

Ainsi, nous concluons que malgré l'effort considérable et malgré la bonne volonté du gouvernement nigérien, et le bon travail de l'équipe d'assistants techniques, cet excellent programme, tel qu'il est établi, demeure trop ambitieux par rapport aux ressources humaines et fiscales disponibles. Parce qu'il est nécessaire d'entreprendre des modifications tout en poursuivant les activités du Programme, nous estimons qu'il sera impossible d'accélérer l'allure actuelle des activités. Ainsi, le plan d'exécution prévu dans l'Accord de Subvention ne pourrait être rempli avant la fin du Programme, en 1992. Il s'agit d'adapter ses attentes sur ce qui peut être accompli dans le futur par la leçon du passé.

Les objectifs et les conditions préalables de l'Accord de Subvention doivent être re-évalués pour décider de ce que l'on peut humainement entreprendre dans les prochaines trois années. En même temps l'activité réparatrice continuera à résoudre les problèmes qui ont été identifiés jusqu'à aujourd'hui. Les activités qui sont en basse priorité doivent être ajournées jusqu'à un autre Accord.

Recommandation E.1.(2). Nous recommandons que les activités/réformes avec les caractéristiques suivantes soient considérées de basse priorité:

1 - Les activités qui dépendent d'autres activités qui n'ont encore pas été mises en exécution. Par exemple, le développement d'un plan de santé nationale qui nécessite un système d'information poussé et un personnel qualifié et suffisant qui puisse exécuter les analyses et coordonner le développement du plan.

2 - Les activités/réformes qui ne sont pas directement liées au programme d'ajustement structural du Gouvernement du Niger (par exemple le recouvrement et la réduction des coûts seraient une haute priorité; la redistribution du personnel sanitaire serait une basse priorité).

- Les activités/réformes qui ont reçu relativement peu d'attention jusqu'à aujourd'hui (par exemple la redistribution du personnel de santé).

E.1.(3). Nous basant sur ces critères, nous recommandons que les activités de la gestion des ressources humaines concernant la redistribution du personnel sanitaire soient ajournées jusqu'à un programme ultérieur. Nous recommandons également, dans la lumière de la politique de décentralisation du gouvernement, que la priorité

doit être donnée au développement d'une capacité de planification au niveau régional. De même, vu l'importance du problème du personnel dans le Ministère central, il faut ajourner le développement d'un plan de santé national jusqu'à la 5ème tranche des fonds de contrepartie.

E.1.(4). Pour arrêter les activités prioritaires, nous recommandons que les représentants des Ministères de la Santé Publique, du Plan et la USAID se rencontrent pour décider quelles sont les activités ou les conditions préalables qui sont en basse priorité et qui peuvent être ajournées sans compromettre les buts généraux du Programme.

2. Indicateurs de l'impact pour évaluer la réalisation des objectifs:

Dans cette section, nous voulons recommander certains indicateurs pour mesurer la réalisation des objectifs. Les buts et les objectifs du Programme envisagent trois types d'activités: réforme de politique, le renforcement de la capacité institutionnelle, et l'allocation d'une aide budgétaire avec des fonds de contrepartie.

a. Indicateurs de réforme de politique et de renforcement de la capacité institutionnelle:

On peut évaluer la réforme de politique et le renforcement institutionnel par trois séries d'indicateurs: a) jusqu'à quel point la réforme/renforcement institutionnel ont été étudiés ou adoptés (quelles analyses ont été complétées? quelles lois et règles administratives ont été adoptées?); b) Indicateurs du processus de la mise en oeuvre (dans combien de centres de santé est-ce que la réforme a été faite? Quel est le nombre de fonctionnaires qui s'occupent de l'amélioration de la gestion?); et c) Indicateurs des résultats et des effets de la réforme/renforcement institutionnel (Comment est-ce qu'on utilise les données du système d'information de la gestion? Quel est le pourcentage des coûts qui sont recouverts des tarifs hospitaliers? Quel est le pourcentage des personnes utilisant les services après la mise en oeuvre d'un programme de recouvrement des coûts?)

Dans la Tableau 5, nous proposons des indicateurs pour évaluer les réformes de politique et le renforcement institutionnel du Programme. Un grand nombre de ces indicateurs nécessitent la production de données, qui ne peuvent être générées qu'avec le développement d'un système d'information sanitaire fiable. Ainsi, le système d'information devient non pas une fin en soi, mais l'instrument critique pour l'évaluation des programmes, de la gestion, et de la politique.

Afin d'utiliser les indicateurs proposés, des données fiables sont nécessaires. Elles doivent porter sur les hospitalisations et les journées hospitalières, les consultations externes curatives, les nouveaux cas de maladies, l'utilisation de médicaments par les formations sanitaires, l'utilisation des services de prévention par les mères et les enfants, les vaccinations, et les taux d'utilisation doivent être calculés sur la population qui habite à moins de 10 kilomètres des centres de santé.

Les indicateurs proposés sont des mesures directes des effets des réformes de politique (par exemple paiements perçus par visite, réduction des coûts de médicaments par nouveau cas de maladie).

Recommandation E.2.a.(1). Dans le cas de chaque réforme de politique et activité de renforcement institutionnel dans le cadre de l'Accord de Subvention, nous proposons des indicateurs qui permettent d'évaluer le progrès vers les objectifs et leur impact. Ces indicateurs sont présentés dans le Tableau 5.

b. Indicateurs pour l'évaluation de l'impact des fonds de contrepartie:

Le but des fonds de contrepartie est d'apporter un support budgétaire au Gouvernement du Niger en vue des objectifs de l'Accord. Ainsi la meilleure façon d'évaluer les sous-projets est le point jusqu'auquel ils se conforment aux priorités exposées dans l'Accord et dans PIL no. 7. Dans la partie précédente III C sur l'utilisation des fonds de contrepartie, nous avons montré que jusqu'à aujourd'hui, ces fonds avaient été alloués aux projets à haute priorité. Plus d'un quart des ces fonds appuient également les stratégies de la survie des enfants.

Puisque les accords de subvention des sous-projets sont mis en place pour compléter les activités en train, l'utilisation des fonds de contrepartie ne peuvent avoir d'effet indépendamment des autres investissements du gouvernement dans ces mêmes domaines. Ainsi, il serait fallacieux d'utiliser des indicateurs de l'impact pour évaluer l'utilisation des fonds de contrepartie (par exemple, réduction de cas de rougeole pour évaluer l'efficacité des programmes de vaccination), puisque la contribution des fonds de contrepartie n'est qu'une petite part de l'effort. Dans leur intention, les sous-projets des fonds de contrepartie sont complémentaires aux autres activités du gouvernement and représentent seulement une petite partie des efforts, dans n'importe quel domaine d'activités.

Une partie importante des fonds de contrepartie vont pour des activités de renforcement institutionnel (par exemple, la supervision, le développement d'un système d'information). La meilleure manière de mesurer l'impact des fonds de contrepartie dans ces domaines est par des indicateurs opérationnels (par exemple, nombre de visites de supervision par an; nombre des centres qui participent dans le système d'information de façon régulière). Dans la Tableau 5, nous faisons la liste de ces indicateurs par domaine.

Recommandation E.2.b.(1). Nous recommandons que l'utilisation des fonds de contrepartie soit évaluée selon son conformisme aux quatre activités en priorité de l'Accord. De plus, il est important qu'un minimum d'un quart de ces fonds soit alloué aux activités pour la survie des enfants (définies étroitement).

Nous recommandons que l'effet des sous projets des fonds de contrepartie, qui visent à développer la capacité de la gestion, soit évalué par des indicateurs opérationnels (nombre de visites de supervision; centres participant au système d'information).

Nous ne recommandons pas l'utilisation de simples indicateurs de l'impact pour évaluer l'utilisation des fonds de contrepartie. Ces indicateurs servent davantage à l'évaluation du Programme en tout.

3. Impact des réformes de politique du Programme jusqu'à aujourd'hui

Il est encore trop tôt dans l'histoire du Programme pour évaluer l'impact des réformes de politique. La seule réforme complètement mise en place est la loi permettant l'utilisation des contraceptifs. Aucun impact sérieux sur l'espacement des naissances ou le taux de natalité ne peut avoir lieu jusqu'à ce que les services du planning familial soient accessibles au large. A la fin du Programme, l'on pourrait s'attendre à un changement d'attitude envers le planning familial. La meilleure manière de surveiller ce changement serait par des enquêtes sur l'état du Savoir, des Attitudes et des Pratiques.

Tableau 5

Indicateurs pour Evaluer les Activités de la Subvention au Développement Sanitaire

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

1. Recouvrement des coûts

OBJECTIF: Augmenter les mesures de recouvrement des coûts des services curatifs, afin d'améliorer le caractère soutenable des services de santé publique

a. Hôpitaux	1. Nouveaux tarifs proposés	1. Application de nouv. tarifs dans tous les hôpitaux dans un délai de moins d'un an après adoption de nouv. tarifs	1. Augmentation de pourcentage de coûts recouverts: - par journée hospitalière - par consultation externe - par service hosp.
	2. Etude sur la Révision des tarifs	2. Tous les hôpitaux font la collecte de tarifs comme prévu	2. Comparaison entre les coûts recouverts dans les centres où le personnel perçoit ou ne perçoit pas des bénéfices des recettes
			3. Pour évaluer effet négatif potentiel à mesurer diminution de: - hospitalisations - consultations externes
b. Services non-hospitaliers	1. Etudes pilotes terminées sur toutes les options	1. Augmentation de pourcentage de centres de santé qui recouvrent les coûts	1. Etudes Pilotes: a. Taux d'utilisation des centres de santé b. Recettes rec. par rapport au coûts
	2. Plan d'action pour la mise en oeuvre	2. Augmentation de pourcentage de population qui habite dans un rayon de 10 km autour d'un centre de santé qui recouvrent les coûts	2. Mise en oeuvre: a. % augmentation annuel coûts rec. b. % aug. coûts recouverts/nouv. cas de maladie
	3. Loi/règlements nécessaires adoptés		c. Comparaison de util. dans centres avec et sans rec. de coûts (pas de diminution)

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

2. Mesures de Réduction des coûts

OBJECTIF: Retenir les prix unitaires au niveau des services hospitaliers et des systèmes d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, afin d'assurer une meilleure utilisation des ressources financières disponibles.

a. Achat de Médicaments	1. Liste de médicaments essentiels adoptés 2. Prix de méd. ess. réduites 3. Etude de méthode de l'achat de médicaments	1. Médicaments ess. disponibles à tous les centres de santé 2. Mise en oeuvre d'une méthode d'achat avec baisse de prix.	1. a. Dimin. de coûts de méd./nouv. cas (p.e. chloroquine/ nouv.cas de paludisme b. Dimin. coût/médicament c. Dimin. coûts totaux/nouv.cas
b. Hôpitaux	1. Etude complétée sur la gestion dans les hôpitaux nationaux	1. Nouv. gestion pour améliorer efficacité des services 2. Système de comptabilité en fonction aux hôpitaux pour fournir données pour évaluer l'impact	1. Dimin.coût/par soin aux services visés pour la gestion améliorée. 2. Dimin.coût total par serv.totaux: a. Hospitalisations: Coût tot/j.hosp. Coût tot/entrants b. Cons. externes: coût/nouv.cas

Tableau 3 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

3. Allocation des Ressources Budgétaires

OBJECTIF: Réaffecter dans un moyen terme les ressources financières du MSP pour permettre d'augmenter les services primaires et secondaires et consacrer un budget proportionnellement plus important aux biens de consommation.

1. Analyses de l'allocation des budgets 1986-90 par classifications majeures
2. Accord sur les pourcentages visés pour l'allocation des des ressources hospitaliers et en personnel

1. Révision du processus budgétaire

1. Dépenses hosp. pas plus de 45% budget national (exclu dépenses admin. centrale)
2. Aug. ressources nat./capita allouées aux régions rurales par rapport aux régions urbaines
3. Aug. d'utilisation centres de santé ruraux par rapport aux centres urbains:
-Nouv. cas/capita
-Vis. totales/capita

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

4. Gestion des Ressources

OBJECTIF: Améliorer la gestion des ressources humaines et matérielles existantes, renforcer la capacité du personnel d'élaborer, mettre en oeuvre et superviser les programmes concernant la prévention et la promotion de la santé, notamment la protection de la mère et de l'enfant.

a. Réallocation du personnel	(Recommandation de remettre cette activité)		
b. Recyclage annuel des agents de santé	Plan de recyclage préparé	Plan de recyclage mis en oeuvre à minimum 50%	<p>1. Agents recyclés pour améliorer leur capacité en diagnostique et gestion et améliorer fiabilité des données collectées du SNIS</p> <p>2. Agents recyclés à min. 1 stratégie survie de l'enfant (TRO, vaccinations, etc.)</p>
c. Supervision des équipes de santé villageoise	Plan d'action préparé pour une supervision modifié		1. Tournée de supervision à chaque ESV minimum 3x par an
d. Disponibilité des médicaments			<p>1. Aug. % population qui habite moins de 10 km d'un centre de santé ou dépôt pharmaceutique</p> <p>2. Diminution de centres de santé avec rupture de stock de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -choloroquine -antibiotiques -sels de réhydrat.

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
5. Renforcement de la capacité institutionnelle			
OBJECTIF: Améliorer la capacité institutionnelle dans le cadre de la planification, gestion et supervision des programmes et services sanitaires.			
a. Planification décentralisée		1. Evaluation annuel de besoins en ressources, santé personnel dans chaque région en utilisant données du SNIS	1. Plan sanitaire de chaque région (années 1991, 1992, 1993)
b. Planification nationale		1. Evaluation de besoins en ressources, santé personnel en utilisant annuaire statistique	1. Plan national développé pour 1993 en utilisant données des annuaires
c. Système d'Information Sanitaire	Etude préparée sur la restructuration et besoins en personnel des services statistiques centraux et régionaux	1. Réorganisation des services stat.	1. Annuaires (1990 & 1991) utilisant les données recueillies par SNIS des centres de santé:
1. Gestion centrale		2. 100% personnel identifié par étude comme nécessaire affecté aux services centraux et régionaux	- utilisation des services, nouv. cas, visites totales; - vaccinations
2. Gestion régionale		3. En 1991, 100% centres de santé participent aux SNIS	- pathologies - services prévent. - hospitalisations - Ressources:
3. Collecte de données		4. 75% rapports attendus des centres arrivent au MSP	personnel équipement batiments - impact de
4. Analyses de données		5. Données des rapports saisies, informatisées maximum 30 j. après arrivée au MSP	stratégies de survie de l'enfant: a. Mal. diarr. b. Mort. maternelle c. Couv. vaccinale d. Dim. mal. PEV
			6. Maintenance des bases de données

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
5. Renforcement de la Capacité Institutionnelle (suite)			
d. développement de la capacité de gestion du MSP et d'évaluation des réformes politiques	1. Etude de l'organisation, attributions, et personnel nécessaire à la DEP 2. Reconnaissance officielle des attributions de la DEP	1. 100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire affecté à la DEP	1. Réformes politiques; rec. de coûts; réduction de coûts; réallocation budgétaire mises en oeuvre 2. Evaluation et surveillance de l'impact des réformes en utilisant indicateurs de ce tableau
6. Planning Familial et Politique Démographique			
OBJECTIF: Promouvoir le développement des politiques nationales en matière de démographie et améliorer l'accès aux services de planning familial.			
1. Planning Familial	1. Loi autorisant l'usage des méthodes modernes de contraception	1. Augmentation du nombre de centres de santé avec des services de planning familial 2. Augmentation proportion de population qui habite à moins de 10 km des services de PF	1. Augmentation d'utilisation: -Femmes inscrites aux centres PF/femmes en age de procréer qui habite moins de 10 km des centres PF 2. Diminution: -Taux de fertilité totale -Nombre total d'enfants désiré par les femmes en age de procréer (des enquêtes "KAP")
2. Politique Démographique	1. Accord sur une politique démographique	(Mise en oeuvre and indicateurs d'impact dépend du contenu de la politique adoptée)	

IV. RECOMMANDATIONS

Si l'on prend en considération les accomplissements et l'activité vigoureuse et continue de l'Accord de Subvention, nous recommandons que des révisions à mi-parcours soient instituées pour permettre l'exécution des buts principaux du programme, l'institutionnalisation de ses activités, et en même temps de ne pas accabler les ressources humaines disponibles. Ces recommandations sont faites, en gardant à l'esprit l'importance de faciliter le développement institutionnel qui permettra au gouvernement du Niger de continuer les activités du programme, une fois que la Subvention aura pris fin.

Dans ce chapitre, nous reprenons les recommandations dont les raisons avaient déjà été exposées dans le chapitre III, et nous les arrangeons cette fois-ci selon les sujets suivants:

- 1) La redefinition des priorités afin d'améliorer la gestion et d'augmenter le niveau de participation du Gouvernement du Niger en ressources humaines aux activités prioritaires du Programme;
- 2) La mise en oeuvre des activités ou actions spécifiques à prévoir avant la signature de l'accord sur la prolongation de l'assistance technique à long terme;
- 3) La modification de certaines conditions préalables afin de prendre en compte les priorités révisées pour donner haute priorité aux objectifs de renforcement institutionnel tout en diminuant les conditions relatives aux activités de basse priorité.
- 4) Les responsabilités du Gouvernement du Niger, de l'USAID, et de l'équipe d'assistance technique.
- 5) Les indicateurs de l'impact du Programme.

A côté de chaque recommandation se trouve le chiffre de la section du chapitre III où se trouve l'explication de sa raison d'être. Ainsi, ce chapitre présente les recommandations toutes seules. Le contexte général est présenté dans la section désignée.

1. Redéfinition des priorités

Le but de la redéfinition des priorités est de permettre au gouvernement du Niger de continuer ses progrès vers les buts du programme tout en continuant à construire ses capacités de gestion pour le permettre de continuer ces activités lorsque l'assistance technique prend fin.

E.1.(1). Nous recommandons qu'on donne la priorité aux activités de base, telles que la réorganisation et la fourniture en personnel de la DEP, le développement et la fourniture en personnel des services de statistiques régionaux et centraux et la restructuration du Secrétariat, et que ces activités soient ajoutées comme conditions aux déboursements futurs de fonds.

E.1.(2). Nous recommandons que les activités/réformes avec les caractéristiques suivantes soient considérées de basse priorité:

-Les activités qui dépendent d'autres activités qui n'ont encore pas été mises en exécution. Par exemple, le développement d'un plan de santé nationale qui nécessite un système d'information poussé et un personnel qualifié et suffisant qui puisse exécuter les analyses et coordiner le développement du plan.

-Les activités/réformes qui ne sont pas directement liées au programme d'ajustement structural du Gouvernement du Niger (par exemple le recouvrement et la réduction des coûts seraient une haute priorité; la redistribution du personnel sanitaire serait une basse priorité).

-Les activités/réformes qui ont reçu relativement peu d'attention jusqu'à aujourd'hui (par exemple la redistribution du personnel de santé).

E.1.(3). Nous basant sur ces critères, nous recommandons que les activités de la gestion des ressources humaines concernant la redistribution du personnel sanitaire soient ajournées jusqu'à un programme ultérieur. Nous recommandons également, dans la lumière de la politique de décentralisation du gouvernement, que la priorité doit être donnée au développement d'une capacité de planification au niveau régional. De même, vu l'importance du problème du personnel dans le Ministère central, il faut ajourner le développement d'un plan de santé national jusqu'à la 5ème tranche des fonds de contrepartie.

E.1.(4). Pour arrêter les activités prioritaires, nous recommandons que les représentants des Ministères de la Santé Publique, du Plan et la USAID se rencontrent pour décider quelles sont les activités ou les conditions préalables qui sont en basse priorité et qui peuvent être ajournées sans compromettre les buts généraux du Programme.

pas comme CP

*Reunion du
Haut Comité
à examiner
les priorités
Allocation*

A.2.b. (4). Dès 1991, le Ministère doit utiliser les données du nouveau système d'information sanitaire de l'année précédente pour produire un annuaire de statistiques sanitaires.

A.2.b. (5). En 1992, le Ministère doit utiliser les données de l'annuaire de statistiques de 1991 comme base pour développer le plan de santé national.

2. Activités ou Actions devant être entreprises immédiatement, c'est-à-dire avant la signature d'un accord de continuation d'assistance technique à long terme. Ces actions qui portent surtout sur l'amélioration de la gestion du programme sont de nature urgente parce que le bon fonctionnement du programme dépend de sa bonne gestion.

a. Secrétariat:

A.1. (1). Nous recommandons qu'un groupe de représentants de l'USAID, du Ministère de la Santé Publique et du Ministère du Plan soit formé afin d'organiser la restructuration du Secrétariat. Ce groupe de travail doit considérer les points suivants:

a. Restructuration du Secrétariat en réintégrant ses fonctions au sein des Ministères pertinents: en cédant ses principales fonctions, à savoir les analyses techniques et la surveillance des projets, au Ministère de la Santé, où elles sont actuellement remplies, par défaut, et en attribuant les fonctions ainsi réduites du Secrétariat (y inclus l'analyse financière, l'analyse de conformité aux buts nationaux de gestion) à un Secrétariat plus petit, à l'intérieur du bureau de la Direction du Financement des Investissements dans le Ministère du Plan.'

b. Les tâches et responsabilités des structures ainsi modifiées à la fois dans le Ministère du Plan et dans le Ministère de la Santé

'Ces recommandations s'appliquent en particulier à l'Accord de Subvention Sanitaire. Si l'on suit ces recommandations, un groupe de travail doit se réunir également pour développer une structure parallèle pour l'Accord de Subvention au Développement Agricole.

154

Publique doivent être clairement énoncées dans les règles administratives.

c. Dans ses discussions et ses plans pour le futur de la gestion des fonds de contrepartie, le groupe de travail doit utiliser toute information que le Projet Régional de la Gestion Financière au Sahel a déjà développé, et s'appuyer sur lui pour l'aider à réorganiser les fonctions du Secrétariat.

d. Le groupe de travail doit commencer cette tâche immédiatement.

b. DEP, Ministère de la Santé Publique

A.2.a.(1). Nous recommandons que le Ministère entreprenne immédiatement une étude de l'organisation de la DEP. Cette étude doit comporter une analyse des attributions de la DEP et des activités exécutées par le personnel actuel. L'étude doit également comprendre une analyse de la relation entre la DEP et les autres directions et programmes dans le Ministère. Les méthodes d'analyse doivent comporter des interviews en profondeur avec le personnel approprié dans le Ministère. Après avoir consultés les fonctionnaires du Ministère, les directeurs de l'étude doivent présenter un plan (ou plusieurs options) pour la réorganisation de la DEP et l'élargissement de son personnel, afin qu'elle puisse dorénavant exécuter ses attributions. L'étude doit également présenter une description du rôle des assistants techniques au sein de la DEP.

A.2.a.(4). La DEP doit nommer un fonctionnaire dont la tâche sera de superviser les activités de l'Accord de Subvention et d'agir en tant qu'homologue au chef de l'équipe de l'assistance technique. Cette personne aura eu une instruction poussée en planification ou en domaine afférant et dirigera le développement des réformes de politique sanitaire.

D.1.a.(1). et D.1.b.(1). Le Ministère de la Santé Publique doit affecter un homologue nigérien à chaque assistant technique à court terme et à long terme dès son arrivée à Niamey.

c. Système National d'Information Sanitaire

A.2.b.(3). Le Ministère et les DDS doivent, avant la fin d'Octobre 1989, soumettre un plan pour la formation du personnel de santé, ce qui assurera que le

nouveau système d'information sera utilisé à travers le pays vers la mi-1990.

d. La Gestion du Programme

A.3.(3). Avant la fin de l'année 1989, le Ministère du Plan, en conjonction avec le Ministère de la Santé Publique, organiser un meeting des hauts fonctionnaires du Gouvernement du Niger et de l'USAID pour procéder au recensement annuel et l'évaluation du Programme comme est requis dans l'Accord (Annexe 1, p.16) et dans la lettre no.1 de la Mise en Oeuvre du Programme (PIL no.1).

E.1.(4). Pour arrêter les activités prioritaires, nous recommandons que les représentants des Ministères de la Santé Publique, du Plan et la USAID se rencontrent pour décider quelles sont les activités ou les conditions préalables qui sont en basse priorité et qui peuvent être ajournées sans compromettre les buts généraux du Programme.

3. Modifications des Conditions Préalables

Nous recommandons que les activités de renforcement institutionnel fassent partie des conditions préalables afin de mettre l'accent sur leur importance dans le développement d'une base pour l'élaboration et la gestion des réformes de politique. De plus, nous recommandons un changement capital dans les conditions préalables: remettre les conditions concernant la redistribution du personnel de santé à un programme ultérieure. De même, nous recommandons que le développement d'un plan de santé national soit ajourné jusqu'à la cinquième tranche.

a. Nous recommandons que les points suivants soient ajoutés aux conditions nécessaires à la deuxième tranche des fonds de contrepartie:

Secretariat et fonds de contrepartie:

C.(2). Les procédures de demande doivent être clarifiées, simplifiées et annoncées dans un séminaire. De même, les procédures pour le déboursement de fonds doivent être simplifiées et postées.

C.(3). Les promoteurs de projets potentiels doivent être informés des dates de réunion du Comité de Gestion au moins trois mois à l'avance.

C.(4). Un séminaire doit se tenir pour informer les promoteurs de projets potentiels des

procédures de demande et des critères de sélection pour les fonds de contrepartie.

C.(5). Les critères de sélection et les décisions prises concernant les projets soumis à la DEP pour des fonds de contrepartie doivent être documentés.

La DEP:

A.2.a.(3). Le plan pour la restructuration de la DEP est déjà en cours.

A.2.a.(2). Le Ministère de la Santé Publique a officiellement reconnu les attributions de la DEP.

Système National d'Information Sanitaire

A.2.b.(1). Nous recommandons que le Ministère commande de faire faire une étude sur l'organisation et le personnel des services statistiques au sein du Ministère et dans les régions. Une telle étude doit comporter une analyse approfondie des activités requises et de la main d'oeuvre nécessaire. Les analyses des activités doivent être assez détaillées pour évaluer le nombre d'heures-personnes nécessaire pour saisir les données, exécuter les analyses, entretenir les programmes et les ordinateurs; il est nécessaire de donner une attention particulière au personnel nécessaire pour la formation et recyclage des agents de santé dans la collecte des données. L'étude doit également examiner la totalité actuelle de rapports produits et recommander le genre de rapports qui devrait être publié dans un recueil annuel de statistiques, un annuaire de statistiques sanitaires.

A.2.b.(2). Cette étude doit fournir des recommandations pour la restructuration des services statistiques et pour une mise en oeuvre progressive du plan pour l'augmentation du personnel. Il est important de commencer la mise en oeuvre de ce plan avant Mars 1990.

b. Conditions à ajouter à la 3ème tranche:

Secretariat et fonds de contrepartie

A.1.(1).d. La restructuration du Secretariat est exécutée et l'allocation, distribution, et

surveillance des fonds de contrepartie procèdent sans à coups.

La DEP:

Réorganisation de la DEP complétée; 100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire est affecté à la DEP.

Système National d'Information Sanitaire:

Réorganisation des services statistiques au niveau central du Ministère de la Santé Publique complétée; 100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire est affecté aux services statistiques au niveau central; Nouveau SNIS utilisé à travers le pays avant mi-1990.

c. Conditions à ajouter à la 4ème tranche:

Système National d'Information Sanitaire:

100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire aux services statistiques régionaux est affecté; publication d'un annuaire de statistiques sanitaires (en 1991 en utilisant les données de 1990).

d. Conditions à ajouter à la 5ème tranche:

Planification Sanitaire

Plan National de Santé développé en utilisant les analyses de l'annuaire de statistiques.

4. Responsabilités du Gouvernement du Niger, de l'USAID, et de l'équipe d'assistance technique

a. Gouvernement du Niger

A.3.(1). Nous recommandons que le Ministère du Plan à travers la DFI participe davantage dans les activités sous l'Accord en travaillant de plus près avec le Ministère de la Santé dans la préparation de rapports semi-annuels et annuels, comme le nécessite l'Accord.

A.3.(2). Le Ministère du Plan doit diriger plus activement les fonctions du Secrétariat lorsque, comme on l'a recommandé, quelques unes de ces activités sont transmises sous son autorité.

B. (1). Nous recommandons qu'un haut comité des responsables du Gouvernement du Niger et de l'USAID se rencontrent deux fois par an pour évaluer les progrès en réformes politiques, pour discuter des stratégies appropriées et pour reporter, chaque année, son évaluation sur le processus de la politique. Ce comité, composé de représentants de plusieurs Ministères, surveillera les analyses et étudiera les progrès faits dans la réforme. Il servira également de forum pour élargir le débat sur des politiques choisies. Ce comité veillera à ce que les rapports d'évaluation semi-annuels et annuels prévus par cet Accord soient préparés et disseminés.

B. (2). Le Ministère de la Santé Publique doit désigner un haut fonctionnaire, à l'intérieur de la DEP dont la tâche principale sera de surveiller le développement de la réforme de politique et la mise en oeuvre de cet Accord.

b. USAID

D.2. (1). L'USAID doit améliorer sa surveillance financière du fonds de contrepartie. Toutes les décisions prises sur le financement des sous-projets doivent être documentées, et de même pour le virement de fonds.

D.2. (2). Les projets subventionnés par les fonds de contrepartie doivent être surveillés de façon régulière pour assurer que l'utilisation des fonds est conforme aux règlements.

D.2. (3). L'USAID doit continuer à travailler avec les autres bailleurs de fonds non seulement pour clarifier leurs politiques sur les per diems, mais également pour mettre en place une politique unique pour tous les bailleurs de fonds, conforme à la politique de l'USAID en ce qui concerne ses employés locaux.

c. L'Assistance Technique

A long terme:

D.1.a. (2). L'Equipe d'assistance technique doit être encouragée à développer des plans et stratégies capables de faciliter le développement institutionnel du Ministère et ses capacités de développer les politiques sanitaires. On devrait la dissuader d'entreprendre des activités qui ne bénéficient pas d'une participation nigérienne

considérable, même si le résultat est le non-accomplissement de certains objectifs.

D.1.a.(3). Les études complètes exigées sous le contrat avec Tulane doivent être réduites au bénéfice d'une série de rapports individuels sur les processus de décisions pour chaque politique sanitaire visée par la SDS. Ces rapports comporteraient des applications directes et pratiques puisque, comme expliqué sous la rubrique III B, chaque politique se situe dans un environnement particulier. Nous recommandons, par exemple, que le premier rapport soit une analyse de l'environnement de la politique de recouvrement des coûts non-hospitaliers. Cette analyse devrait inclure toutes les questions auxquelles on doit répondre dans le processus de l'élaboration de la politique (entre autres, quels organismes ou institutions bénéficient des taxes ou tarifs perçus? qui sont les décideurs pertinents? et qui sont les groupes et individus intéressés?). Cette analyse devrait recommander au Ministère des stratégies pour faire participer les responsables pertinents au processus de décision, ainsi que les groupes intéressés, comme le personnel des services de santé. Finalement, ce rapport devrait aider le Ministère à préparer des stratégies pour encourager l'acceptation populaire de la politique de recouvrement des coûts.

D.1.a.(4). Vu le retard dans la mise en oeuvre de la SDS, trois postes d'assistants techniques doivent être continués pendant au moins deux ans, et, si le financement le permet, trois ans.

D.1.a.(5). Pour répondre au besoin d'un soutien accru au développement institutionnel et à l'élaboration de la politique sanitaire, nous recommandons que les attributions des membres de l'équipe soient modifiées comme suit:

- 1) Chef d'équipe/spécialiste en gestion et analyses politiques pour aider le Ministère à élaborer les politiques sanitaires et à faire les études, prévues dans la Subvention.

* Ces profils de responsabilité donnent une information supplémentaire sur quelques points aux termes de référence de l'équipe de l'assistance technique. Ces profils ne devraient pas être interprétés comme remplaçant globaux des termes de référence actuels qui sont pour la plupart adéquats.

relatives à la gestion et la planification. Cet assistant technique senior devra avoir une expérience en analyses et mise en oeuvre de politique; il aurait déjà accompli des travaux dans le développement institutionnel et politique. Parmi ses reponsabilités seraient la préparation de rapports sur le processus de développement des politiques sanitaires et les stratégies des réformes, ainsi que la supervision de l'analyse de l'organisation, des attributions et des besoins en personnel de la DEF, et la participation à la restructuration des services statistiques.

2) Epidémiologiste/spécialiste en gestion de l'information dont la responsabilité serait d'aider le Ministère à développer ses services intégrés de statistiques et le système d'information qui de façon routinière produira des analyses des prestations de soins, des ressources sanitaires, et des besoins sanitaires; en priorité cette personne devra préparer une étude de l'organisation et l'affectation du personnel des services statistiques avec des analyses des attributions et les besoins en personnel.

3) Economiste de la santé qui travaillera avec le chef de l'équipe d'assistance technique et le Ministère en vue d'élaborer des analyses techniques et des options de politique.

A court-terme:

D.1.b.(2). Si ni des consultants nigériens qualifiés ni des consultants à moyen-terme expatriés ne sont disponibles, le Programme doit utiliser des consultants à court-terme récurrents, c'est-à-dire des consultants à court-terme programmés à revenir au Niger à plusieurs reprises à des intervalles prévues. De cette manière, non seulement les consultants seraient connus du personnel du Ministère, mais ils seraient également disponibles pour les discussions sur le suivi de leurs études.

5. Les indicateurs de l'impact du Programme

E.2.a.(1). Dans le cas de chaque réforme de politique et activité de renforcement institutionnel dans le

cadre de l'Accord de Subvention, nous proposons des indicateurs qui permettent d'évaluer le progrès vers les objectifs et leur impact. Ces indicateurs sont présentés dans le Tableau 5.

E.2.b.(1). Nous recommandons que l'utilisation des fonds de contrepartie soit évaluée selon son conformisme aux quatre activités en priorité de l'Accord. De plus, il est important qu'un minimum d'un quart de ces fonds soit alloué aux activités pour la survie des enfants (définies étroitement).

Nous recommandons que l'effet des sous projets des fonds de contrepartie, qui visent à développer la capacité de la gestion, soit évalué par des indicateurs opérationnels (nombre de visites de supervision; centres participant au système d'information).

Nous ne recommandons pas l'utilisation de simples indicateurs de l'impact pour évaluer l'utilisation des fonds de contrepartie. Ces indicateurs servent davantage à l'évaluation du Programme en tout.

ANNEXE 1
PLAN DU TRAVAIL
DE L'EQUIPE D'EVALUATION A MOYEN TERME:
LA SUBVENTION AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

PLAN DE TRAVAIL
DE L'EQUIPE D'EVALUATION A MOYEN TERME DE
LA SUBVENTION AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

7 aout 1989

L'Equipe d'évaluation se compose de six personnes: deux évaluateurs de l'University Research Corporation des Etats-Unis d'Amérique, Dr. Anne-Marie Foltz, épidémiologiste/planificateur, et Ms. Ann Levin, economiste de la santé, et quatre homologues du Gouvernement du Niger: deux responsables du Ministère de la Santé Publique, Dr. Yahaya Amadou, DDS de Tillabery, et M. Souley Lié Moustapha, directeur administratif, Bureau de la recherche/DFEPS; et deux responsables du Ministère du Plan, M. Hamidou Doullayi, Chef, Division Santé et Démographie, Direction des programmes et du Plan, et Mme. Moussa Aminatou, Chef, Division des reformes sociales, Direction Analyses Economiques et Prévisions.

Les termes de référence pour cette évaluation se trouvent dans le document, "Description du Travail: Evaluation à Moyen Terme du Programme de la Subvention au Développement Sanitaire." En ce qui suit nous présentons les questions à poser au cours de nos recherches, les méthodes de travail, le calendrier à retenir, et quelques problèmes potentiels.

I. Questions à Poser

L'Equipe d'évaluation a retenu les questions suivantes pour encadrer leurs recherches aux cours des interviews, l'examen des documents, et les visites sur le terrain. Les questions ont été regroupées en suivant les quatre aspects principaux du programme.

L'Impact de la SDS sur la Politique Sanitaire

Est-ce qu'il y a eu de l'effet mesurable de la SDS jusqu'à maintenant? Par quels indicateurs? Est-ce qu'on devrait élaborer d'autres indicateurs pour mesurer l'impact?

Dans quelle mesure les conditions préalables et leurs objectifs associés ont été atteints? Si les conditions préalables n'ont pas été atteintes, auxquelles contraintes se sont-elles heurtées?

- Recouvrement des coûts à l'hôpital de Niamey
- Recouvrement des coûts dans les autres centres de santé
- Mise en place d'un système de comptabilité à l'hôpital de Niamey

- Mise en place d'une liste de médicaments essentiels, et réduction des prix
- Changements dans l'affectation des ressources au budget national pour diminuer les pourcentages alloués au personnel et aux services hospitaliers pour favoriser les soins de santé primaires et les zones rurales.
- Amélioration de la gestion des ressources en personnel pour favoriser les zones rurales; mise en place d'un plan de formation et recyclage du personnel;
- Mise en place et utilisation par les décideurs d'un système national d'information sanitaire; élaboration des procédures pour le développement d'un plan de santé à partir d'une politique décentralisée;
- Politique nationale démographique et extension des services de planning familial.

La Mise en oeuvre des réformes de politiques sanitaires

Dans quelle mesure les études des consultants à court et à long terme aident-elles à mettre en oeuvre les réformes politiques prévues? Quelles sont les contraintes pour mettre en oeuvre une politique de recouvrement des coûts hospitaliers et non-hospitaliers? Est-ce qu'il faut encore d'études? Si oui, de quel genre?

Pourquoi a-t-on réussi à changer assez vite les textes législatifs sur la contraception tandis qu'on est toujours au stade des études sur la question du recouvrement des coûts?

Quel est le rapport entre l'initiative de Bamako et les activités de la SDS en matière de recouvrement des coûts?

La Mise en oeuvre et l'utilisation des fonds de Contrepartie

Quels projets ont été financés sur le fonds de Contrepartie? Quels projets ont été rejetés? Pour quelles raisons? Est-ce que le Comité de gestion a des critères précis pour les prises de décision vis-à-vis des financements des projets? Est-ce que les projets financés par le fonds de contrepartie répondent aux critères des activités de la SDS?

L'Administration et la gestion de la SDS

La mise en place de la SDS demandait la création d'une nouvelle Direction (DEP) au sein de la Ministère de la Santé Publique pour coordonner la gestion. Elle impliquait aussi d'autres organismes, en particulier, au Ministère du Plan le comité de gestion et son secretariat qui ont été établis pour gérer les fonds de contrepartie. En plus, il y a eu de l'assistance technique à court et à long terme de Tulane-Abt et la supervision de l'USAID.

Dans quelle mesure ces organismes et leur personnel ont travaillé efficacement pour permettre du progrès vers les objectifs de la SDS? Est-ce que la capacité administrative en gestion, comptabilité, etc. est acquise?

Est-ce qu'un personnel approprié et suffisant a été affecté à ces organismes? Est-ce que ce personnel est, ou le sera à la fin de la SDS, assez bien formé pour prendre la relève à la DEP?

Est-ce que ces organismes coordonnent bien leur travail? Est-ce qu'on a établi des procédures claires pour permettre le bon déroulement du travail de ces organismes dans le cadre de la SDS? pour superviser les projets et l'utilisation des fonds déboursés?

Est-ce qu'on devrait maintenir l'assistance technique à long terme? Si oui, avec quelle composition?

Quels sont les changements nécessaires à l'avenir pour assurer le bon déroulement des activités de la SDS et permettre leur prise en charge éventuelle par le Gouvernement du Niger?

II. LES METHODES

Nous prenons comme point de départ les indicateurs regroupés au "Logical Framework" (connu sur le nom, Logframe) en Annexe A du document: Niger Health Sector Support Program (683-0254) Program Assistance Approval Document, Juillet 1986. Ce tableau "logframe" résume les buts et les objectifs du programme aussi bien que les indicateurs à utiliser pour vérifier dans quelle mesure les objectifs ont été atteints (Voir en Annexe A- traduction française toujours à faire).

A. Interviews:

La liste de personnes à interviewer a été arrêtée à partir des acteurs pertinents à la SDS. Cette liste est complétée par les personnes suggérées par les acteurs déjà interviewés (technique "boule de neige"). De cette manière nous comptons allonger cette liste tout au long de notre travail.

Nous regroupons les personnes à interviewer par leur affiliation. Au sein de la même organisation les questions spécifiques dépendront du rôle de l'individu et de ses activités par rapport à la SDS. La liste de personnes retenues se trouve en Annexe B. Ici on regroupe de manière schématique les organismes et les sujets à aborder.

USAID: **Personnes:** Directeur, General Development Office, Health development office, Controlleur, Agriculture Development Office.

Sujets: Supervision; Déroulement; Problèmes rencontrés; Evaluation de l'assistance technique; relations avec le comité de gestion; Comparaison avec la Subvention à l'Agriculture; rapport avec MSP

Ministère de la Santé Publique

SG: **Sujets:** Gestion et organisation du Ministère; évaluation de l'assistance technique, développement d'une politique sanitaire; rapport avec l'USAID

Inspecteur Général: **Sujets:** Développement de la DEP; comité des médicaments

DEP: **Personnes:** Directrice, Directrice adjointe, Statisticiens, planificateurs, homologues aux assistants techniques, épidémiologistes;

Sujets: Gestion, Supervision des projets, Elaboration de plan; coordination avec d'autres directions; évaluation de l'assistance technique; rapports avec le comité de gestion; système d'information sanitaire; statistiques disponibles.

Conseillers techniques: Tulane-Abt (3)

Sujets: l'avancement des travaux prévus dans le plan; rapports et coordination avec MSP responsables, particulièrement DEP; fonds de contrepartie; système d'information.

DES, DSMI, DAAF, DIS, DFEPS, PEV, Maladies Diarrhéiques, Paludisme

Personnes: Directeurs

Sujets: Coordination avec DEP, évaluation de l'assistance technique, les fonds de contrepartie, système d'information sanitaire.

L'Hôpital de Niamey:

Personnes: Directeur, Gestionnaire, surveillant
Sujets: recouvrement des coûts, comptabilité, assistance technique

167

Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Feminine

Personnes: Directeur de la Planification Familiale
Sujets: Progrès vers une politique, rapports avec DEP, Fonds de contrepartie

Ministère du Plan

Personnes: Comité de Gestion, Secretariat
Sujets: Gestion des fonds de Contrepartie, supervision des projets; utilisation des études pour la planification

Bailleurs de Fonds

Sujets

FNUAP	Politique de Démographie
UNICEF	Programme PEV, relations USAID
FED	Etude Rec. des coûts; eval SDS
FAC	Rapports avec la DEP
RESSFOP	Etude Rec. des coûts; eval SDS
MSF	PEV, SNIS, travail de la DEP
OMS	Initiative de Bamako,
Banque Mondiale	Recouvrement de coûts, études
Africare	Fonds de contrepartie
CARE	"
Helen Keller Foundation	"

B. Visites sur le Terrain

Le temps disponible pour faire les visites sur le terrain étant très bref (2-3 jours), l'équipe d'évaluation veillera à ce que ses visites soient pertinentes aux besoins d'information pour évaluer la SDS. Nous avons retenus quatre types d'informations qu'on ne pourra recueillir que dans la périphérie ou qu'il faudra mieux observer:

- 1-Le système de recouvrement de coûts dans les hôpitaux nationaux et leur système de comptabilité et les attitudes des responsables vis-à-vis de ce système.
- 2-Le système d'information sanitaire existant et les attitudes des responsables face au nouveau système;
- 3-L'observation du stock de médicaments aux dispensaires et aux CHD;
- 4-L'observation d'un système de recouvrement de coûts qui est déjà sur place depuis quelque temps.

Le choix de sites à visiter reste à discuter.

C. Documents à consulter

Voir la liste de documents en Annexe C.

III. CALENDRIER

27 juillet	Arrivé de l'équipe américaine
28 "	Réunion de l'équipe d'évaluation avec le comité d'évaluation, rencontre avec le Ministre de la MSP
31 juillet au	
2 août	Interviews: USAID, Bailleurs de fonds, MSP, Jours fériés
3-4 "	
7 "	<u>Plan de travail distribué</u>
7-11 "	Interviews: bailleurs, MSP, MP, comité de gestion, secretariat
9 "	Réunion d'équipe d'éval. avec comité d'éval pour discuter plan de travail
14-16 "	Visites sur le terrain
17-19 "	Début du travail de rédaction du Rapport
21 "	<u>Grandes lignes du Rapport distribué</u> ; Réunion de l'Equipe pour en discuter
21-26 "	Rédaction du rapport et traduction
28 "	Distribution de <u>brouillon du Rapport</u>
30 "	Discussion sur le brouillon avec le Comité d'évaluation
28 août-1 sep	Rédaction, révision, et traduction du rapport
1 sep	Départ de l'équipe américaine
fin septembre	Revisions et soumission du <u>Rapport final</u>

IV. PROBLEMES POTENTIELS

Trois problèmes potentiels peuvent perturber ce calendrier chargé. Le premier problème peut survenir si les personnes que nous avons à interviewer pour avoir une bonne compréhension de la SDS ne sont pas disponibles. Par exemple, la directrice de la DEP, le bureau le plus impliqué dans la mise en oeuvre du programme, ne sera disponible qu'après le 7 août (10 jours après le début du travail).

En plus, il faudra veiller à ce que les réunions programmées par le Comité d'évaluation, surtout avec les responsables de l'USAID, le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé Publique, sur le plan de travail et sur le brouillon du rapport auront lieu aux dates prévues pour permettre à l'équipe de compléter son travail avant le départ des consultantes américaines.

Enfin, puisque certains des membres nigériens de l'équipe d'évaluation ne sont pas déchargés de leurs tâches quotidiennes, ceci limite leur participation à plein temps.

ANNEXE 2

Personnes Interviewées

USAID

George Eaton, Director (31 juillet)
Carina Stover, Health and Population Officer (31 juillet)
Margaret Neuse, Health Program Officer (9 août)
Erna Kurst, Program Development (31 juillet)
Beatrice Beyer, Program Officer (31 juillet)
Frank Martin, Economist (31 juillet)
Pamela Callen, Controller (31 juillet)
Roger Bloom, Agricultural Project Officer (31 juillet)
Oumarou Kane, Health Development Officer (31 juillet)
Susan Wright, Population Officer (16 août)
Maurice Middleberg, Former Population Officer (16 août)
Gregory Hemphill, Contract Officer (14 août)

Ministère de la Santé Publique

Medecin Lt. Colonel Ousmane Gazéré, Ministre (28 juillet)
Dr. Moha Abdou, Secrétaire General (2 août)

Direction des Etudes et de la Programmation

Mme Gado Hadiza, Directrice (9 août)
Mme Mazou Rabi, Directrice Adjointe (7 août)
Ibrahim Chaibou, Chef de Bureau des Statistiques et
Epidémiologie (2 août)
Amadou Harouna (7 août)

Equipe de Tulane-Abt

Jim Setzer, Chef d'équipe (1 août)
Ian Sliney, Epidémiologiste/Informaticien (1 août)
Dr. Marcia Weaver, Economiste de Santé (5 août)
Dr. Nancy Mock, Gestionnaire Principal (9 août)
Dr. Marty Makinen, Gestionnaire Economique (21 août)

Hôpital Niamey

Dr. Amadou Sekou Sako, Directeur Hôpital de Niamey
(2 août)
Bachabi Youssouf, Gestionnaire Hôpital de Niamey
(2 août)
Sani Amadou, Surveillant General Hôpital de Niamey (2 août)

Directions et Programmes

Atari Moussa, Chef Division ESV/DES (2 août)
Mme. Abdoulaye Marie Tinni, Directrice DAAF (8 août)
Dr. Idi Moussa Djataou, Directeur PEV (9 août)
Issa Baguirbi, Directeur Programme Lutte contre les maladies
diarrhéiques (9 août)