

~~AFR/TA/HN~~

PD-ABB-090

66645

PLAN D'EXECUTION REVISE

PROJET AMELIORATION DE LA SANTE RURALE

(683-0208)

USAID/ NIGER

ORGANIGRAMME

	<u>PAGE</u>
A- SERVICES DES ADMINISTRATIONS DE LA SANTE ET CIVILE	8A
B- MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES	8B

TABLEAUX DU BUDGET

A. BUDGET DU PROJET - 1978 - 1982 - PAR RUBRIQUE	25A
B. PLAN FINANCIER - 1983 - 1985	25B
C. PREVISIONS ANNUELLES DES CO U TS RECURRENTS	36 A-B

ANNEXE

1. ADDENDUM	39
-------------	----

TABLEAUX

I. FORMATION AUX ETATS-UNIS	
II. CONTRAT COURT-TERME	
III. CONTRAT UNIVERSITE LONG-TERME	
IV. ASSISTANCE TECHNIQUE AFRICARE	
V. SUPPORT LOGISTIQUE / MECANICIEN	
VI. SUPPORT LOGISTIQUE / TEBM	
VII. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	
VIII. CONSTRUCTION	

TABLE DES MATIERES

1. Sommaire
2. Historique du Projet
 - 2.1 Historique
 - 2.2. Description du Projet Amélioration de la Santé Rurale (PASR) initial
 - 2.3 Evaluation du Projet de mi-parcours
3. Organisation et Structures des Services de Santé du GON
 - 3.1 Structure Générale des Services de Santé
 - 3.2 Organisation du MSP/AS au niveau national
 - 3.3. Organisation des Services de Santé au niveau intermédiaire
 - 3.4. Organisation des Services de Santé au niveau périphérique
 - 3.5. Système informatiques
 - 3.6. Formation
4. Révision du Plan d'Exécution
 - 4.1 Récapitulation sommaire de l'état du PASR
 - 4.2 Concepts et Stratégie généraux - Plan d'Action
 - 4.21 Eléments de la stratégie d'organisation de la Santé
 - 4.22 Information du Contrôle / Système de planification (MIS)
 - 4.23 Eléments de Développement des Ressources Humaines
 - 4.231 Plan Général
 - 4.232 Formation d'Agents Sanitaires (ENICAS)
 - 4.24 Amélioration et Entretien des Véhicules et des Equipements Médicaux
 - 4.241 Véhicules et Equipements Médicaux - Entretien et Formation
 - 4.25 Construction
 - 4.251 Dispensaires
 - 4.252 Direction Départementale de la Santé (DDS)
 - 4.253 Magasin du PASR à Niamey
 - 4.3 Plan d'Evaluation
 - 4.31 Réunions Mensuelles
 - 4.32 Réunions Trimestrielles
 - 4.33 Evaluation Finale du Projet
5. Budget
6. Relations Administratives
7. Analyse des Coûts Récurrents
8. Sommaire des Tableaux

Annexe I

SOMMAIRE

La révision du Plan de Réalisation du Projet Amélioration de la Santé Rurale (PASR) incorpore les principaux résultats et recommandations de l'Evaluation Conjointe du Projet menée au milieu de 1981 et les réactions postérieures du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSP) et de l'USAID à Niamey.

Une équipe composée de trois experts (un économiste, un administrateur de la Santé et un planificateur de la Santé) ont travaillé en collaboration étroite avec les responsables du MSP et de l'USAID à Niamey à la préparation de ce nouveau plan. Le délégué d'AFRICARE ainsi que le personnel d'AFRICARE au Niger ont contribué aux éléments du plan concernant la formation des employés sanitaires, des mécaniciens, et des techniciens des appareils bio-médicaux: ce sont les domaines où AFRICARE a procuré son assistance technique dans le passé et devrait continuer à le faire dans le futur.

Le nouveau plan conserve les mêmes buts et objectifs que le projet initial élaboré en 1978. Cependant, il a été ajouté un système informatique des données de santé et de gestion afin d'améliorer la planification, la programmation et l'analyse de la Santé. Les autres domaines principaux où des efforts seront menés comprennent:

- (a) la continuation de la formation et du développement du personnel de santé à tous les niveaux en accordant la priorité à la formation et au recyclage des équipes volontaires de santé villageoise et des infirmiers certifiés au niveau périphérique mais en s'occupant aussi, sur une base sélective, de la formation des employés et des cadres de la santé aux niveaux intermédiaire et central, afin d'améliorer la direction et la supervision. On s'est intéressé particulièrement et on a augmenté les moyens pour la formation des techniciens sanitaires à l'ENICAS afin qu'ils acquièrent une formation et une expérience sur le terrain plus pratiques.
- (b) On s'est aussi concentré sur le renforcement de la maintenance des véhicules et du matériel au niveau départemental en activant la formation des mécaniciens et des réparateurs du matériel médical.

Les dispositions administratives pour réaliser ces activités intimement liées ont été modifiées pour arriver à une exécution à la fois coordonnée et intégrée. Cela s'est fait grâce à la création de deux nouveaux postes: poste de Directeur Administratif et Financier responsable de la gestion de tout le personnel travaillant au sein du Projet et des questions financières; poste de Directeur Technique responsable du suivi des programmes développés par le projet.

Afin de définir plus clairement les responsabilités concernant l'exécution et de simplifier la gestion et l'évaluation des progrès vers les cibles quantifiées actuelles, le nouveau plan de réalisation présente les activités en deux volets principaux d'exécution comme suit:

Module 1: Planification de la Santé

- a. Contrat avec une Ecole de Santé Publique d'une Université américaine responsable:
 - de la création et du développement d'un système de planification et de gestion des données de santé. Les consultants feront partie du personnel au niveau du Secrétaire Général et lui donneront les données et analyse servant de base à la planification de la santé et à la formulation d'une politique pour le Ministère. Ce module est aussi chargé de la formation des cadres (par ex., les docteurs, les planificateurs, les infirmiers diplômés d'Etat, etc.).
- b. Un sous-traité d'assistance technique à court terme (6 mois) afin d'installer un micro-ordinateur pour le traitement des données et afin de former initialement le personnel nigérien-ce sous-traité doit être étroitement relié au suivi des services d'assistance techniques décrits au paragraphe (a) ci-dessus qui seront fournis à partir de janvier 1983.

Module 2: Contrat avec AFRICARE qui sera chargé des activités d'appui à:

- la formation des techniciens sanitaires à l'ENICAS par des travaux pratiques sur le terrain.
- le développement et la vérification de techniques pratiques simples et de technologie appropriée pour la protection de l'eau et l'évacuation des déchets humains.
- la formation accélérée de mécaniciens et de réparateurs du matériel mécaniciens et de réparateurs du matériel médical parallèlement au développement d'un meilleur système pour la maintenance et la réparation des véhicules et du matériel médical au niveau départemental.

Pour l'exécution de ces deux modules, le contractant est chargé de fournir l'assistance technique et de faire les recommandations relatives à l'approvisionnement du matériel essentiel nécessaire à activer l'exécution du projet et ceci conformément aux règlements standards de l'USAID sur l'approvisionnement.

En plus des deux modules d'exécution décrits plus haut, l'USAID a déjà engagé (sous contrat "Services personnels") un expert financier/comptable afin d'améliorer l'administration financière du projet et de tracer les dépenses pour présenter la comptabilité et les données financières requises par l'USAID.

HISTORIQUE DU PROJET

On a pris les dispositions nécessaires pour assurer le contrôle et l'évaluation continus des progrès vers des cibles bien définies (cf. section sur le Calendrier d'Exécution). Elles comprennent des rapports trimestriels du Chef d'Equipe et des réunions trimestrielles entre l'USAID et le MSP/AS pour évaluer les progrès vers les cibles quantifiées établies à l'avance, pour identifier les problèmes et recommander les mesures nécessaires pour faire progresser le projet. L'évaluation se fait donc sur une base continue et opérationnelle. Une évaluation conjointe finale, requise pour tous les projets de l'USAID, devrait avoir lieu au dernier trimestre de 1984.

La Révision du Plan d'Exécution se fonde sur l'estimation d'un solde de 6,8 millions \$ dans le budget initial au 1^{er} janvier 1983. Le solde a été réalloué pour atteindre ou dépasser les buts initiaux et pour fournir les nouveaux services d'appui décrits brièvement plus haut. Le plan est fondé sur une prolongation du projet de 30 mois jusqu'en juin 1985 pour coïncider avec l'année scolaire du GON:

Les détails sur les types spécifiques d'intrants nécessaires, et une comparaison du budget initial et des dépenses estimatives jusqu'en décembre 1982 avec le Budget du Plan révisé d'Exécution figurent à la Section 6 Analyse Financière et aux Tableaux qui l'accompagnent. Une revue rapide du Budget à la Section 5 et des chartes d'exécution à la Section 8 apportera plus de détails spécifiques sur les différents types d'intrants, le calendrier des activités ainsi que leurs relations aux extrants.

2. Historique du Projet

2.1 Historique

A la fin des années 60, le concept des Equipes de santé villageoise (deux secouristes ayant des fonctions préventives et curatives et deux matrones recyclées) fut adopté par le GON: cette option fut renforcée en 1964 par un plan financé par l'USAID avec la participation de l'OMS "Perspective sur dix ans pour le Développement des Services de Santé" qui identifiait les obstacles principaux à l'amélioration du système de santé comme étant le manque de personnel qualifié en même temps qu'un manque de ressources financières. Dans le cadre de ce plan, on accorda la priorité: 1) à la médecine préventive et aux méthodes curatives simples appelées "Médecine de masse"; 2) à l'éducation sanitaire et; 3) à la formation du personnel.

Le changement de Gouvernement en 1974 renforça les objectifs du plan mentionné ci-dessus qui fut codifié en 1976 dans le Plan Triennal. Ce Plan mettait en valeur le renforcement des différentes composantes de la santé ainsi que l'expansion de la couverture sanitaire. Cette stratégie générale est restée essentiellement la même jusqu'à présent.

Le projet actuel fut élaboré en 1978 et son but général (tel qu'il est défini dans le cadre logique) est "d'améliorer la qualité de la vie et la productivité de la population à un coût modeste". Les axes du projet ont suivi les stratégies développées pendant les 15 années précédentes au Ministère pour l'extension des services de santé dans le contexte des Soins de santé primaire.

2.2 Description du Projet initial Amélioration de la Santé Rurale (PASR)

Tel qu'il est décrit dans le Document de Projet de 1978, le Projet Amélioration de la Santé Rurale (PASR) est un programme national et essentiel de santé primaire pour le Niger. Le projet a pour objectif la formation de 1500 Equipes de Santé Villageoise (ESV), un total de 6000 personnes et le recyclage d'environ 13 500 personnes travaillant déjà aux activités de santé villageoise. En 1978, le Plan devrait apporter les services fondamentaux de santé à 3500 villages, soit environ 39% de la population rurale.

Les équipes de santé villageoise sont formées de 2 matrones et de 2 secouristes encadrés par un comité administratif. Les ESV sont choisies par les communautés qu'elles servent et sont supervisées par les infirmiers des dispensaires. Les matrones pratiquent les accouchements traditionnels mais ont fait une stage portant sur les principes et les pratiques médicaux modernes, principalement afin de reconnaître les grossesses à risque et de les référer à temps, afin de pratiquer des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène, de surveiller la santé des mères et des nourrissons et de transmettre une éducation sanitaire appropriée. Les secouristes assurent des traitements médicaux simples, participent à l'éducation sanitaire et à l'amélioration de l'hygiène villageoise. Les matrones et les secouristes réfèrent aux dispensaires les cas qui les dépassent.

Le PASR élargit et renforce d'autres composantes du système de santé, en particulier les services d'appui vitaux au succès des ESV. En général cet appui comporte: l'amélioration et l'augmentation du personnel de santé affecté aux zones rurales, par accroissement leur productivité, l'amélioration des installations et un approvisionnement suffisant en médicaments et en matériel.

Plus spécifiquement, cet appui comprenait:

Formation du Personnel

- Formation universitaire pour 25 chefs-infirmiers, (2 par année du projet), pour des cadres supérieurs du MSP (2 par année du projet) et du personnel chargé de la logistique et de la maintenance (1 contrôleur de la maintenance par année du projet)
- 1 100 personnes ont participé aux stages de recyclage du MSP.
- 40 infirmiers certifiés, 20 infirmiers diplômés d'Etat, 15 spécialistes de l'environnement sanitaire ont reçu une formation technique par année du projet.
- 25 techniciens médicaux et 50 mécaniciens formés par des consultants à court terme.

Soutien Institutionnel

- 200 Mobylettes pour la supervision au niveau des dispensaires et 42 véhicules tout terrain pour la supervision au niveau des Départements et des Arrondissements et la distribution de l'approvisionnement: cela devrait entraîner une augmentation de 45% des visites de supervision dans les Centres Médicaux et les dispensaires et une augmentation de 10% pour l'efficacité opérationnelle de tous les véhicules.

- 2 700 ESV ont reçu des médicaments, du matériel éducatif ainsi que d'autres fournitures.
- Amélioration sanitaire de 250 installations médicales.
- 7 nouveaux dispensaires et 2 centres médicaux départementaux à Zinder et Agadez.
- Des équipes de médecine mobile pour vacciner 100 000 personnes par an.
- 1 garage et 1 atelier de réparation du matériel médical dans les deux Centres médicaux de Zinder et d'Agadez
- des programmes d'éducation sanitaire couvrant 35% de la population rurale.

Selon le Document de Projet de l'USAID (30 mars 1978) "Dans l'esprit de la stratégie de l'USAID, le projet est axé sur les aspects préventifs des soins de santé et présente un programme que le GON pourra maintenir et opérer tout seul à la fin du projet". Le Document de Projet déclare aussi (cf. p.94): "Les objectifs indiqués dans ce Document de Projet sont le résultat de réunions sur la planification tenues conjointement avec le Ministère de la Santé et reflètent les souhaits du Gouvernement ainsi que le jugement professionnel de l'équipe chargée du Document de Projet. A moins que des situations imprévues ne se développent, nous comptons exécuter ce programme dans sa totalité."

En 1979, un nouveau Plan Quinquennal du GON fut élaboré: il incorpore certains des principaux buts et objectifs du PASR mais présente aussi quelques modifications majeures par rapport à la politique précédente.

2.3 L'Evaluation de mi-parcours du Projet

Au milieu de 1981, l'USAID mena une évaluation de mi-parcours du Projet qui comporte une revue approfondie des activités du projet menées jusqu'alors. Une mission de cinq experts a produit un rapport qui a fait des recommandations spécifiques pouvant être classées comme suit:

- I. Place du PASR au sein du MSP et relation contractuelle et organisationnelle entre AFRICARE et le MSP (Rec. 1.2 - 1.40)
- II. Suggestions pour des changements de politique et de pratiques relatifs à des services spécifiques de santé (paludisme, Programme élargi d'immunisations, maladies diarrhéiques etc.) (Rec. 1.41 - 1.48)
- III. Recommandations pour des changements spécifiques dans l'approvisionnement en eau rurale et dans les activités sanitaires. (Rec. 1.51 - 1.696)
- IV. Un développement majeur pour la planification et les statistiques de la santé au sein du MSP (Rec. 1.71 - 1.75)
- V. Mesures d'administration et de gestion pour la construction ou la remise à neuf des installations médicales (Rec. 1.81 - 1.85)
- VI. Amélioration des activités de soutien logistique à tous les niveaux (Rec. 1.86 - 1.90)
- VII. Accroissement de la formation (concernant à la fois le contenu et le rythme) initialement prévue. (Rec. 1.91 - 1.95).

- iv) De grandes améliorations dans le domaine de la planification et des statistiques de la Santé ont été suggérées pour le MSP et leur principe a été accepté mais il faut établir des plans d'action spécifiques.
- v) Les problèmes quant à la construction et la remise à neuf des installations sont à résoudre par l'USAID de concert avec le Ministère des Travaux Publics, des Transports et de l'Urbanisme. Il a été convenu qu'il faudrait augmenter les fonds réservés à l'amélioration sanitaire des installations médicales.
- vi) Des améliorations pour les activités de soutien logistique ont été suggérées et généralement acceptées par le GON.
- vii) Les augmentations dans les programmes et le rythme de la formation ont été acceptées à tous les niveaux.

L'équipe de réalisation a trouvé les réactions du GON aux recommandations de l'équipe d'évaluation raisonnables et logiques avec sa politique qui consiste à rester dans les limites du Plan Quinquennal.

Sauf dans quelques cas mineurs, le GON était réceptif à l'esprit des changements proposés mais a insisté pour conserver le contrôle de la direction et stratégie générales. Le plan de réalisation pour la prolongation de 30 mois est fondé sur la prémisse que les conclusions de l'évaluation sont adéquates.

3. Organisation et Structures des Services de Santé du Gouvernement de la République du Niger

Cette section contient un bref résumé de l'organisation et des structures de la Santé - pour plus de détails, se référer au Rapport d'Evaluation de mi-parcours du projet.

3.1 Structure générale des Services de Santé

La structure organisationnelle de la Santé est semblable à la structure de l'administration civile- des rapports entre les deux aux niveaux central, intermédiaire et périphérique sont montrés à l'organigramme p8A .En plus des centres mentionnés au niveau central, il existe deux centres de tuberculose, une léproserie et l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPFC) à Niamey. Les équipes de médecine mobile s'occupent principalement des programmes de vaccinations (B.C.G., polio, rougeole, diphtérie, croup, tétanos et méningite) et sont dirigées centralement, sous la tutelle de la Direction de l'Hygiène et de la Médecine Mobile (DHMM).

La DHMM est depuis 1980 chargée d'améliorer l'hygiène rural. L'ONPFC est bien organisée et bien gérée et constitue une base solide pour la production et le conditionnement rationaux de médicaments essentiels à bon marché.

ORGANIGRAMME

SERVICES DES ADMINISTRATIONS DE LA SANTE ET CIVILE

GOUVERNEMENT CIVIL

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Niveau Central et Capitale

Niamey

Secrétaire Général

- Directions centrales
- 2 Maternités
- 8 PMI
- 2 Pharmacies populaires
- 2 Etablissements d'enseignement

Niveau Intermédiaire

- (a) 7 Departements
(Niamey, Zinder, Agadez,
Dosso, Diffa, Maradi,
and Tahova)

7 Préfets

7 Directions Départementales

- 15 PMI
- 6 Pharmacies Populaires
- 8 Maternités
- 7 Hopitaux (2 nationaux: Niamey, Zinder
5 départementaux)
- 1 Etablissement d'enseignement à Zinder

- (b) Arrondissements
(Districts)
et
Communes
(Sous-districts)

34 Sous-Préfets

4 Communes

38 Centres Médicaux

- 1 PMI
- 10 Pharmacies Populaires
- 32 Maternités

Niveau Périphérique

- (a) Canton

24 Postes Administratifs
un par canton

189 Dispensaires
24 Postes Médicaux

7 Maternités

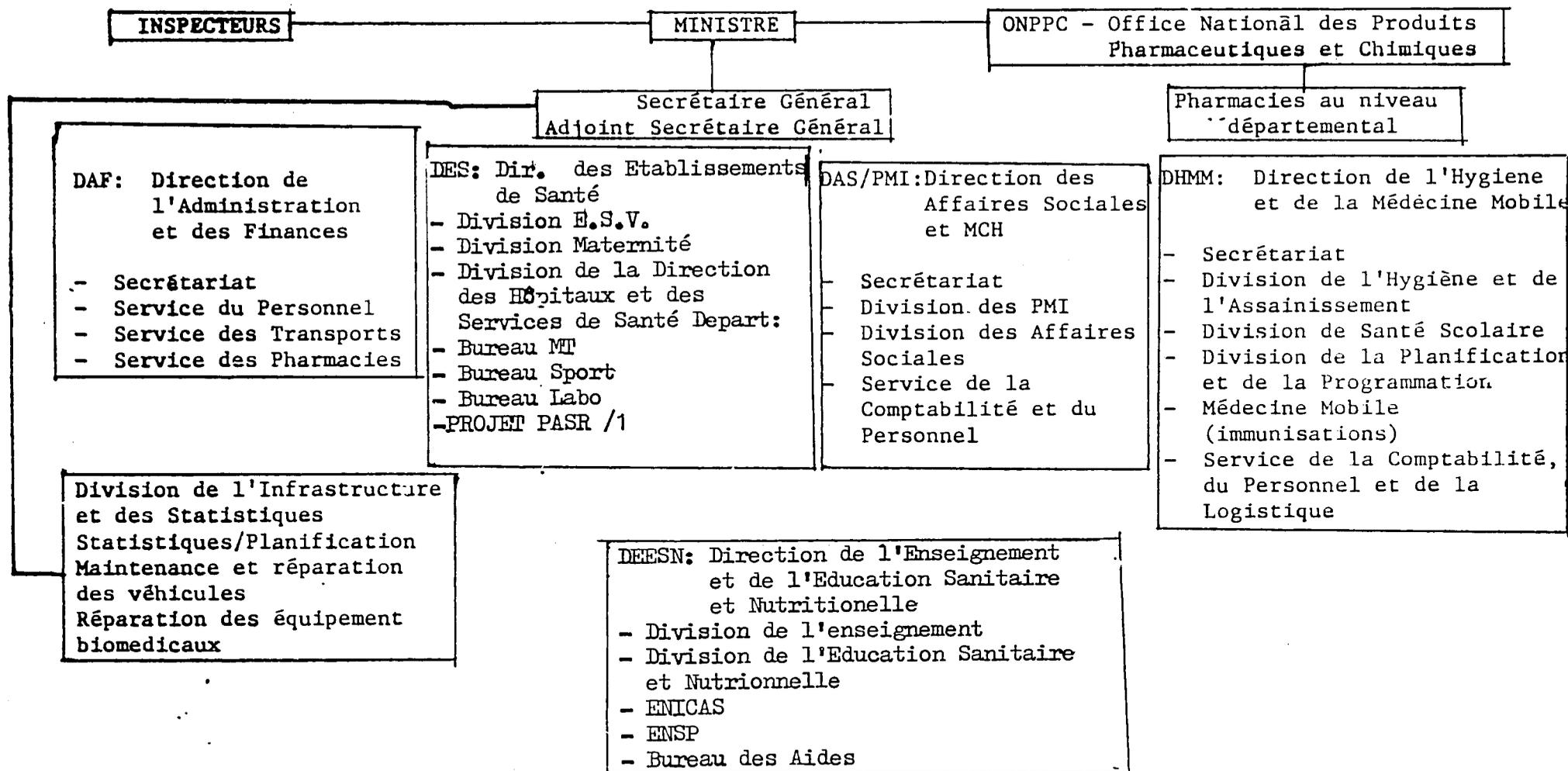
- (b) Villages

8,615 Villages

2,411 Equipes de Santé Villageoise

ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

NIVEAU CENTRAL



* ENICAS - Ecole Nationale des Infirmiers Certifiés et des Assistantes Sociales de Zinder

** ENSP - Ecole Nationale de Santé Publique

(Comprend formation des infirmiers diplômés d'Etat et des sages-femmes.)

¹ Le Chef de la DES est aussi le Directeur du PASR et a pour l'aider: un adjoint administratif
un adjoint pour la formation

3.2 Organisation du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
au niveau national à Niamey
cf. Organigramme B p. 8B .

La prise des décisions politiques au MSP/AS se fait de manière très centralisée au niveau du Ministère. C'est le Ministre après consultation de son Cabinet qui prend toutes les décisions politiques principales. Le bureau du Secrétaire Général est responsable de la coordination et de la supervision du travail accompli au Ministère.

Les 5 Directions principales sont: La Direction de l'Administration et des Finances (DAF), la Direction des Etablissements de Santé (DES), la Protection maternelle et infantile (DAS/PMI/MC), la Direction de l'hygiène et de la Médecine Mobile (DHMM) et la Direction de l'Enseignement et de l'Education Sanitaire et Nutritionnelle (DEESN): Chacune comporte des fonctions normatives et exécutives. Ces fonctions sont normatives dans la mesure où elles établissent des standards en instaurant des types d'activités de santé, en évaluant les progrès et en fournissant les données et l'analyse en vue des prises de décision politiques.

Le degré de leurs fonctions exécutives dépend de la personnalité et de l'influence de chaque Chef de Direction.

3.3 Organisation des Services de Santé au niveau intermédiaire
(le pays est divisé en 7 Départements géographiques et administratifs)

Dans le cadre des politiques établies au niveau central, les Directeurs Départementaux de la Santé (DDS) organisent, contrôlent et coordonnent toutes les activités de santé dans leur Département (à Niamey, il existe des établissements spécialisés d'enseignement tels que l'Ecole Nationale de Médecine et l'Ecole Nationale de Santé Publique qui, de par leur nature même, doivent être dirigées plus centralement).

Les contacts des DDS avec le Ministère se font normalement à travers la DES. Le DDS peut dans certains cas contacter directement le Secrétaire Général. Malgré un certain degré de flexibilité dans la chaîne hiérarchique, les activités de santé aux niveaux central, intermédiaire et périphérique, sont bien intégrées et contrôlées. Ceci est dû principalement aux prises de décision centralisées et à la continuité de la politique choisie. La seule exception notable concerne les activités exécutées verticalement par la DHMM.

Le Centre Médical, situé dans le chef lieu de l'arrondissement, consiste d'un dispensaire, d'un pavillon des accouchées avec 10 à 12 lits, d'un pavillon pour les soins médicaux avec 18 à 20 lits et parfois d'un Centre de protection maternelle et infantile. Il y a 38 CM dans le pays répartis dans les 7 Départements.

Le CM est essentiel au système de santé rurale puisqu'il forme les membres des ESV, reçoit les cas difficiles et assure la supervision systématique des dispensaires. Chaque CM est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat assisté de 2 ou 3 infirmiers certifiés, de plusieurs manoeuvres et d'un ou plusieurs chauffeurs. La plupart des CM sont munis d'une ambulance pour l'évacuation des cas les plus graves vers l'hôpital départemental et certains CM peuvent posséder un autre véhicule pour les tournées de supervision des dispensaires.

Les activités principales de prévention se font dans les PMI, si elles existent, et sont axées sur la surveillance des femmes enceintes et allaitantes et de la croissance et le développement infantiles.

L'éducation sanitaire vise principalement à améliorer la nutrition des enfants jusqu'à 2 ans. La croissance et le développement infantile sont mesurés à l'aide de la courbe Morley (poids/taille).

Les vaccinations dans les CM dépendent des visites des équipes de médecine mobile mais les PMI font gratuitement les vaccinations si les familles fournissent les vaccins qu'elles peuvent acheter dans les pharmacies populaires. Souvent, il n'y a ni électricité ni réfrigérateurs fonctionnels pour le stockage des vaccins dans les CM. L'emploi de réfrigérateurs au kérosène s'est avéré insatisfaisant, excepté dans le Département de Dosso où l'Equipe d'Evaluation a trouvé que le DDS était capable de surmonter de nombreux problèmes de logistique et de maintenance relatifs à la chaîne du froid pour réaliser un Programme élargi d'immunisation au niveau des CM.

3.4 Organisation des Services de Santé au niveau périphérique

Les services de santé au niveau périphérique sont offerts par les dispensaires au niveau du canton (10 000 habitants en moyenne) et par les ESV au niveau du village (5000 habitants en moyenne). Le personnel des dispensaires consiste de 2 infirmiers certifiés formés en 2 ans à l'ENICAS de Zinder; ils supervisent les ESV qui théoriquement doivent comporter 2 secouristes et 2 matrones. Bien des villages, cependant, n'ont qu'un secouriste et qu'une matrone. Les secouristes sont des hommes qui assurent les soins de santé primaires à l'aide de quelques médicaments essentiels et remplissent d'autres services préventifs, principalement l'éducation et l'amélioration sanitaires. Les matrones sont les sages-femmes traditionnelles. Après leur stage, elles doivent pouvoir identifier et référer les grossesses à risque, pratiquer des accouchements dans de bonnes conditions sanitaires et assurer la surveillance immédiate de la mère après l'accouchement. D'autres fonctions sont la surveillance de la santé et du développement de l'enfant jusqu'à un an. Les soins donnés aux nourrissons sont aussi assurés en partie par les secouristes. Les dispositions exactes ne sont pas très claires et varient probablement suivant les régions.

A la fin de leur stage les secouristes reçoivent une boîte contenant des fournitures médicales pour 6 mois. De même les matrones reçoivent un nécessaire pour les accouchements. Ensuite le réapprovisionnement doit se faire lors de la visite périodique (une par mois théoriquement) de l'infirmier certifié du dispensaire ou par des achats aux Pharmacies Populaires. Des redevances sont perçues pour les services des secouristes et des matrones afin de financer le réapprovisionnement en médicaments et fournitures diverses.

L'organisation et l'administration des ESV est sous la responsabilité d'un Comité de Santé Villageois qui théoriquement comporte un trésorier pour contrôler les transactions financières, i.e. l'achat des médicaments. En pratique cependant, le secouriste recouvre les paiements et achète les médicaments soit à la pharmacie populaire soit à l'infirmier du dispensaire. Une exception à ce système d'auto-financement se trouve dans les zones nomades où les services sont assurés gratuitement. Il se pose évidemment des problèmes logistiques spéciaux parmi les nomades. A l'heure actuelle la politique du GON est de traiter ces problèmes dans le cadre du système standardisé des ESV rurales. Cependant de petits programmes expérimentaux sont à l'essai afin de trouver des méthodes plus efficaces pour assurer de services de santé simples aux nomades. Il y a aussi des migrations saisonnières des populations plus sédentaires relatives à la période des cultures. Cela représente des problèmes spéciaux et difficiles qui n'ont pas encore trouvé une solution adéquate.

3.5 Systèmes Informatiques

Lors de ces deux dernières années, une Division spéciale de l'Infrastructure et des Statistiques (DIS) a été créée au niveau central du MSP/AS sous la direction générale du bureau du Secrétaire Général. Des rapports contenant les informations statistiques sont régulièrement faits dans les 7 Départements puis envoyés aux Directions concernées. Des exemplaires de ces rapports sont aussi envoyés à la DIS. Les systèmes principaux d'informations sont:

- a) Données d'épidémiologie et rapports sur la fréquence des maladies infectieuses pour la DHMM.
- b) Données sur les hôpitaux et les établissements de santé pour la DES.
- c) Activités des PMI pour la DAS/PMI.
- d) Formation et développement du personnel de santé pour la DEESN.

En général, il est collecté régulièrement une vaste quantité d'informations et de données mais l'analyse et la synthèse de ces données pour prendre des décisions, de planifier les programmes, mener des évaluations, etc. n'est pas faite ou est peu rigoureuse.

3.6 Formation:

Les principaux établissements d'enseignement financés par le PASR sont:

- a) L'Ecole Nationale des Infirmiers Certifiés et des Assistantes Sociales de Zinder qui forme des infirmiers certifiés et des techniciens sanitaires.
- b) L'Ecole Nationale de Santé Publique à Niamey pour former les infirmiers diplômés d'Etat et les sages-femmes qui formeront ensuite les membres des ESV et superviseront les infirmiers certifiés des dispensaires.
- c) Des mécaniciens et des techniciens des équipements biomédicaux sont aussi formés sur le tas dans les garages et les ateliers des centres départementaux.

Le projet à l'origine octroyait des fonds pour que des étudiants de l'Ecole de Médecine de l'Université de Niamey fassent des études sur le terrain mais ces activités n'ont jamais démarrés.

CHAPITRE 4.0 - REVISION DU PLAN D'EXECUTION

4.1 - RECAPITULATION SOMMAIRE DE L'ETAT DU PASR *

En se basant sur le Rapport d'Evaluation à moyen-terme et sur d'autres données et informations fournies par les fonctionnaires de l'USAID et du MSP/AS responsables de leurs secteurs respectifs, l'équipe d'avant-projet est parvenue aux conclusions sommaires suivantes :

Formation :

- a) La formation universitaire pour les infirmières d'Etat, à l'ENSP pour les sages-femmes et à l'ENICAS pour les infirmières a essentiellement atteint son but et la qualité est généralement satisfaisante ;
- b) La formation des techniciens sanitaires à l'ENICAS est moins satisfaisante. Le programme n'a pas atteint le but fixé et la qualité de la formation est sujette à caution - trop de théorie et pas assez de pratique. On demande davantage de travaux pratiques.
- c) Les informations données au cours des Conférences Nationales de Formation et le niveau des séminaires trimestriels du Département ont bien été utilisées et la qualité de leurs résultats bonne ;
- d) La formation des ESV (volontaires para-médicaux) est pour l'essentiel au niveau requis - on peut se poser des questions quant à la qualité et à l'à-propos de la formation ;
- e) La formation sur place de spécialistes en mécanique auto et en entretien des équipements est très en retard - ceci est lié à des retards dans la construction, dans la fourniture d'outils et d'équipement et à la fragmentation des responsabilités pour les investissements en inter-relation dans ce genre de secteur.

Support Matériel :

- a) Le Ministère des Travaux Publics a accepté la construction de sept nouveaux dispensaires. Les erreurs de plan et de construction que l'équipe d'évaluation à moyen terme avait identifiées ont été corrigées, selon le Ministère des Travaux Publics. L'ingénieur de l'USAID doit vérifier ceci par des inspections sur les lieux. Si c'est acceptable, l'USAID devrait effectuer le paiement final ; sinon, l'ingénieur devrait faire les recommandations appropriées pour la marche à suivre ;
- b) La construction des deux centres du Département (Zinder et Agadez) n'a pas commencé - attente de l'approbation de l'AID de Washington pour une autorisation dérogative d'augmentation de fonds pour les achats de la rubrique planches ;
- c) On a fourni quinze ped-o-jet et quelques pièces détachées. Le projet PASR n'a pas demandé, et on ne lui a fourni aucun vaccin - on peut obtenir les vaccins adéquats par d'autres sources. L'USAID refuse une plus large dispersion de fonds

* Voir Addendum Annex I

- pour le programme d'immunisation dépendant des projets du Gouvernement de la République du Niger et de l'adoption d'un projet de PEV (Programme Elargi de Vaccination) ;
- d) Sur les 42 véhicules à 4 roues motrices prévus à l'origine, 10 ont été livrés au projet ; on en achètera et livrera 20 autres le 1er juin 1982. Sur les 12 restants, on aura besoin de 2 pour la formation sanitaire à l'ENICAS, et on en fournira 10 autres suivant la révision de ce plan d'exécution, en 1984 comme véhicules de remplacement ;
 - e) Sur les 200 mobylettes prévues à l'origine, 91 ont été livrées ; on en achètera et livrera 85 autres avant juin 1982. on a prévu 100 mobylettes supplémentaires de remplacement pour 1984, suivant la révision de ce plan d'exécution.

4.2 - CONCEPTS ET STRATEGIE GENERAUX - PLAN D'ACTION

La Révision de ce plan d'Exécution est basée sur le principe fondamental suivant :

La capacité du gouvernement de la République du Niger de développer et d'étendre les services de la santé aux régions rurales avec efficacité et compétence dépendra de l'aptitude des Nigériens à fournir la quantité adéquate de personnel qui programmera et dirigera ses propres ressources limitées - humaines et autres.

En partant de ce concept primordial, la révision du plan d'exécution concentre son appui dans les zones suivantes :

- a) Efforts originaux continus pour le développement et la formation de la main d'oeuvre sanitaire (c'est-à-dire Développement des Ressources Humaines) en insistant sur l'expansion et l'amélioration de la quantité et de la qualité de la formation des techniciens sanitaires, des spécialistes en mécanique auto et entretien des Équipements médicaux ;
- b) Une initiative nouvelle destinée à établir et développer une organisation de l'information sanitaire et le contrôle moderne à l'intérieur du MSP/AS, pour améliorer les possibilités du MSP/AS dans la prévision, la programmation et le contrôle sanitaires ;
- c) Accélération de l'aide à l'infrastructure pour l'amélioration des systèmes de transport et d'entretien des équipements.

Les sous-sections immédiatement ci-après ont trait aux résultats spécifiques que l'on attend et aux sortes d'aide dont on a besoin dans chacune de ces vastes régions.

La fin du projet au mois de juin correspondra à la fin du cycle annuel nigérien d'enseignement et de formation.

4.2.1. Eléments de la Stratégie d'Organisation de la Santé :

Le 21 avril 1982, le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Chef de Bataillon Adamou Djermakoyé, lors d'une réunion avec l'équipe de la révision du Plan d'exécution et le Directeur de l'USAID,

Irving Rosenthal, et en présence du Dr Tankari, Directeur du projet PASR, a officiellement signé et approuvé le protocole de l'USAID concernant l'aide à l'Organisation de la Santé dans le PASR destinée à développer l'autonomie du personnel nigérien du MSP/AS dans ce domaine. Le Ministre voudrait promouvoir la planification. Il est en principe d'accord si cela est nécessaire qu'une assistance technique d'une université des Etats-Unis participe à cette oeuvre. Il a indiqué qu'on devrait davantage exploiter cette idée quand on développerait les détails.

L'organisation courante de la planification et de la programmation sanitaires à l'intérieur du Gouvernement de la République du Niger/Ministère de la Santé Publique s'effectue lors des réunions du personnel au niveau ministériel sans un système de base capable de fournir des données autre que sur les prévisions des maladies infectieuses. Il n'existe pas au MSP de titre ou de fonction pour le statisticien de santé ou l'épidémiologue, malgré le plan décennal de projets de formation afin de former jusqu'à 6 employés en statistiques et 2 épidémiologues classiques formés en maladies contagieuses. L'organisation du rassemblement et du traitement des données à l'intérieur du MSP est appropriée grâce à la fonction du Secrétaire Général qui résume l'information pour le Ministre. Le MSP n'a pas d'organisation habituelle d'étude spéciale pour la collecte ou l'analyse si ce n'est par l'intermédiaire de l'assistance des Expatriés.

Le développement des possibilités de planification à l'intérieur du MSP dépend de l'investissement à court terme de ressources humaines et financières capables de :

- a) D'établir et de mettre en exécution une étude échantillonnaire d'évaluation de base des maladies contagieuses et infectieuses courantes. Cette étude constituant une base pour déterminer la population ayant le plus besoin de services sanitaires préventifs ;
- b) Disposer de projets d'études et des possibilités d'analyse épidémiologique et les autres études spéciales selon les besoins des programmeurs et du personnel qui prennent des décisions.
- c) Fournir un système informatique ayant la possibilité de base d'enregistrer, de traiter et de produire des rapports descriptifs sur les secteurs courants de la Direction de l'Infrastructure et des Statistiques (DIS) et des autres départements du Ministère.

Comme il a été suggéré, les étapes nécessaires à l'établissement des possibilités de programmation à l'intérieur du MSP sont les suivantes (voir tableaux 1, 2, et 3).

Préparation du Développement des Ressources :

- a) Journée d'observation du Directeur du PASR aux Etats-Unis afin d'avoir un aperçu des possibilités du secteur de programmation de la santé (deux semaines).
- b) Formation à long terme ayant pour centre la programmation sanitaire de deux épidémiologues/IRI dans une université des Etats-Unis.
- c) Assistance technique à long terme débutant dans les six prochains mois pour servir d'un planificateur sanitaire haut niveau pour contribuer au développement des analyses et à l'organisation des études à l'intérieur du Ministère. Un tel individu serait en fin de compte responsable du développement d'une unité de planification.

- d) Des visites d'observation et formation à cours terme de la Direction de la PMI et de la DIS (deux semaines) pour observer les possibilités aux Etats-Unis
- e) Formation locale de six à dix individus en statistiques de santé pour des fonctions de niveau moyen en utilisant des experts à moyen terme
- f) Fourniture d'une technologie de système informatique comme dispositif pour concentrer la formation de personnel de niveau moyen et comme catalyseur pour l'implication du MSP/AS.
- g) Développement et réalisation d'un dispositif d'étude échantillonnaire basée sur la population pour fournir des données sanitaires de base sur la population et former du personnel MSP à la direction de la technologie ci-dessus
- h) Assistance Technique en information sanitaire à long terme au niveau du traitement des données

Les bases rationnelles et les responsabilités pour réaliser les étapes suggérées en grandes catégories sont les suivantes :

• Visites d'observation de formation à court terme et à long terme qui devront s'effectuer aux Etats-Unis et dont on devrait attendre qu'elles aident à développer l'appréciation et qu'elles montrent les possibilités de l'assistance technique des Etats-Unis en planification et contrôle de la santé publique ;

• L'assistance technique à long-terme à un niveau supérieur s'effectuerait en vue de montrer au personnel du MSP/AS un expert professionnel formé aux Etats-Unis capable d'effectuer une programmation sanitaire par exemple et diriger la programmation sanitaire et les études spécialisées dans les zones suggérées. On formera sur place en association avec l'assistance technique en contrôle des données à un niveau inférieur, les employés/statisticiens de données. Il est essentiel que pour chaque étape, le formateur suggéré vienne de l'Université car le rang et le prestige de l'Université sont importants dans le système d'enseignement.

L'un des objectifs importants de l'assistance technique devra être pour les homologues Nigériens, l'importance de travailler dans le développement des projets d'études et des méthodes d'information. Une documentation complète de toutes les activités entreprises à l'intérieur de l'MSP/AS est une nécessité à l'instauration d'une cellule efficace de planification.

Tandis que l'installation d'un système informatique améliorera de façon significative le traitement des dossiers du service interne du MSP, son apport principal consistera à améliorer la considération et l'intérêt au contrôle et du traitement des données comme introduction à la planification. Pour être efficace dans ce rôle, l'assistance technique américaine devra installer les micro-ordinateurs rapidement de façon à ce qu'ils puissent être opérationnels pour les premières étapes des essais préables. Comme on désire qu'il y ait une coordination entre le personnel technique de base universitaire et l'installation

et la documentation du micro-ordinateur, on suggère que celles-ci soient considérées comme faisant partie des services dispensés par l'Université. On devra enseigner des connaissances techniques à court terme pour l'installation de l'équipement.

4.2.2. Information du Contrôle/Système de planification [MIS] (VOIR Tableau 3) :

La Mission d'Evaluation a proposé une étude sur 40 villages ou plus pris au hasard pour avoir un échantillon représentatif de la nation, suffisant pour aborder les principales questions concernant la planification de la santé au Niger ci-après :

1. Taux de la mortalité infantile (grossesses, techniques de l'accouchement) ;
2. Prévalence de la malnutrition ;
3. Couverture Sanitaire de l'organisation courante des services sanitaires ;
4. Taux de létalité
5. Coût des services sanitaires par famille.

Le résultat final d'une étude bien planifiée pourrait aboutir à une évaluation de l'efficacité des Equipes santé villageois comme une stratégie pour améliorer les conditions sanitaires au Niger. Tout ce qui précède sont des informations utiles et même essentielles pour tout secteur de planification sanitaire ; cependant, les projets, le champs de travail et l'analyse d'une telle étude serviront aussi d'agents de formation et de sensibilisation du MSP/GMN. Une telle étude requierrait l'utilisation de statisticiens en programmation de la santé et d'employés en informatique et des micro-ordinateurs pour préparer les données, et consacrerait les étudiants en médecine et en santé publique pour la collecte des données, et finalement, les experts sanitaires du plus haut niveau pour le projet et l'analyse. Elle agirait comme un stimulant sur la planification et l'action de la santé publique dans tout le MSP/AS. La réalisation devrait s'effectuer par l'intermédiaire d'un sous-traitant de base universitaire possédant une expérience pratique de l'Afrique confirmée, sachant parler français et capable de répondre rapidement aux demandes du MSP/AS.

Si on mène cette stratégie à bien selon la prévision du résultat final du plan d'exécution proposé dans les sous-sections de la planification de la santé, celle-ci devrait avoir à la fin des 30 mois :

1. Au moins un épidémiologue III ayant une formation avancée en maîtrise en santé publique dans les services sanitaires d'épidémiologie ;
2. Au moins huit spécialistes de niveau moyen en formation sanitaires capables de résoudre les fonctions linéaires dans le système de données sanitaires du MSP/AS.
3. Une capacité de traitement sur ordinateur pour le service courant de statistiques descriptives dans les études spéciales ;
4. Une étude sanitaire au niveau national propre à établir

- les degrés courants de mortalités natale et infantile, et les échantillons d'utilisation des services sanitaires comprenant les dépenses pour les soins sanitaires au niveau familial. On préparera et exécutera cette étude sur présentation des résultats du premier circuit ;
5. Un système de planification et de programmation documenté à l'intérieur du MSP/AS dans la DIS comportant la production de rapports courants au niveau du comité de planification ;
 6. Un protocole et un dispositif pour mener à bien les études spéciales appliquées à l'intérieur du MSP/AS.
 7. Au moins deux spécialistes du système d'informations sanitaires de niveau moyen principalement former sur place capables de contrôler le système informatique.
 8. Au moins deux épidémiologues IM de niveau supérieur formés aux Etats-Unis aux systèmes d'informations sanitaires et à la planification sanitaire.
 9. Une organisation à l'intérieur du MSP/AS ayant spécialement pour but de pourvoir en personnel le secteur de la planification et de la programmation avec des Nigériens pleinement formés et capables de fournir en temps utile des documents appropriés basés sur la recherche pour la planification nationale.

4.2.3. Éléments du Développement des Ressources Humaines (tableau 7) :

1.2.3.1. Plan Général :

La composition de la Révision du Développement des Ressources Humaines basée sur les plans et stratégies généraux ci-après :

Formation continue des travailleurs de toutes cat égories en aide sanitaire et d'entretien selon les mêmes grandes lignes que le plan d'exécution original du PASR - en effectuant les ajustements en quantité et qualité figurant dans les sous-sections suivantes :

a) A L'EMICAS

- Augmenter l'aide financière des Techniciens sanitaires afin d'atteindre l'objectif du projet : avoir formé 110 infirmières et 35 Techniciens Sanitaires en 1985;
- Accroître le temps et l'appui accordés aux travaux pratiques et à la formation pratique dans des spécialités bien définies (c'est-à-dire formation basée sur la compétence) ;
- Fournir les moyens de transport et les fonds pour l'achat de matériel local pour renforcer la formation sur place des techniciens sanitaires ;

b) A L'École Nationale de Santé Publique (ENSP)

- Apporter une aide pour la formation de 60 infirmières d'Etat

c) Formation et recyclage des EVS :

- Apporter une aide à la formation de 2000 ESV commençant en 1982/1983 ;

- Apporter une aide à la supervision des membres des ESV qui correspond aux chiffres du tableau VII.
- d) Conférence Nationale/Ateliers :
 - Fournir des fonds pour trois Conférences Nationales/Ateliers, une chaque année en 1983, 1984 et 1985.
 - Apporter une aide pour la réalisation de 70 séminaires trimestriels pour régler les agents sanitaires départementaux.
- e) Apporter une aide pour la formation de 30 étudiants dans les pays tiers monde, chaque année pendant trois ans de 1982 à 1985.
- f) Former quatre étudiants aux Etats-Unis à long terme, trois années chacun, à commencer lors de l'année scolaire 1982/1983.
- g) Diminuer la somme initialement attribuée pour les études sur le terrain des Etudiants en médecine à l'ESS (les fonds n'ont pas été utilisés à ce jour). Fournir une somme limitée (environ \$ 25 000 répartis sur trois années) pour la participation des Etudiants en médecine aux études spéciales que l'organisation d'informations/contrôle de la santé nouvellement en place a engendrée afin de familiariser les étudiants avec la collecte et le traitement des données, la méthodologie et l'analyse statistique pour programmer et contrôler les services sanitaires.

4.2.3.2. Formation d'Agents Sanitaires (Techniciens à l'ENICAS)

Le rapport de l'équipe d'Evaluation et les rapports de l'Ingénieur Conseil Sanitaire d'Afrique à Zinder ont déterminé les problèmes que les programmes de formation sanitaire à l'ENICAS ont rencontrés. Les Responsables de la direction de la Formation (DEESN) au MSP/AS sont pleinement conscients des problèmes, les abordent franchement et semblent vouloir aider à les résoudre.

Les étapes suivantes seront réalisées en vue :

- D'incorporer l'assistance technique (Ingénieur sanitaire) à l'école de l'ENICAS et de libérer des autres occupations de façon à ce qu'il puisse concentrer ses efforts pour étendre la formation pratique sur le terrain et les travaux pratiques des élèves de la santé, et éventuellement pour la formation sanitaire sur le terrain en observation et pratique des infirmières et techniciens d'assainissement. Pour parvenir à ce but, il est nécessaire de réaliser les actions et les soutiens suivants :
- a) Allonger de trente mois, c'est-à-dire jusqu'en juin 1985, l'assistance technique en hygiène de l'environnement à l'ENICAS à Zinder ;
- b) Fournir le plus tôt possible deux véhicules à quatre roues motrices (une Landover pour le transport de petits groupes de cinq à six personnes et un petit camion pour transporter le matériel) ;
- c) Apporter des fonds pour le matériel de travaux pratiques sur le

terrain et de démonstration dans les villages ;

- d) Déplacer l'intérêt accordé par l'assistance technique aux techniques sanitaires compliquées vers une technologie pratique plus simple adaptée au milieu rural nigérien ;
- e) Parvenir à un accord sur les techniques d'approches et une technologie pratique plus simple appropriée pour la sauvegarde de l'eau et un dispositif pour l'évacuation des déchets humains solides dans les zones rurales ;
- f) A partir des accords sur une technologie appropriée (provenant de 'e) ajuster le programme d'étude, le contenu des cours et leurs horaires afin d'augmenter la durée et l'intensité des travaux pratiques ;
- g) Vérifier périodiquement que les méthodes et les interventions sur le terrain sont appropriées et acceptées par les villageois, et modifier la méthodologie en conséquence ;
- h) Africare doit veiller à l'arriver sur place en temps opportun du matériel technique nécessaire à la formation à l'ENICAS.

Pour accomplir les actions mentionnées ci-dessus, l'Ingénieur Sanitaire (Africare) devrait avoir été libéré des responsabilités de sa charge actuelle d'enseignement scolaire, en particulier en ce qui concerne l'enseignement général, les sciences générales et toute autre matière d'enseignement qui ne serait pas en rapport avec ces objectifs.

Après consultation des fonctionnaires officiels du MSP/AS à la DESSN (formation) à Niamey et à l'ENICAS à Zinder, Africare devrait fournir le 1er décembre 1982 les plans spécifiques pour accomplir les objectifs ci-dessus indiqués.

4.2.4. Amélioration de l'Entretien des véhicules et des Equipements Médicaux (tableaux 4, 5, 6)

4.2.4.1. Véhicules et Equipements Médicaux - Entretien et Formation :

La formation en mécanique auto et en entretien des véhicules est loin de ce qu'on en attendait. Il semble que les principaux problèmes, associés à cette absence de progrès, soient les suivants :

- a) Absence d'une définition claire des responsabilités ;
- b) Absence d'un système d'approvisionnement déterminé ;
- c) Retards dans la construction du garage et de l'atelier de réparation ;
- d) Utilisation des fonds attribués pour les réparations autorisées (ou non) pour les véhicules autres que les véhicules de reconnaissance provenant des Etats-Unis procurés par l'USAID ;
- e) Absence d'inventaire de l'état des véhicules et des pièces détachées ;
- f) Absence de plan de formation et de travail ;

g) Manque de véhicule pour les mécaniciens.

L'entretien de l'équipement par le technicien biomédical (TEEM); les secteurs des réparations couramment effectués par Africare et la formation correspondante de TEEM nigériens sont tous en retard sur le programme. La plupart des problèmes que l'on rencontre ici sont les mêmes que ceux qui entravent l'entretien des véhicules : la formation de Nigériens en mécanique.

La révision du Plan d'Exécution de ces secteurs se présente comme suit :

a) Entretien de l'équipement des TEEM :

- Deux formateurs de TEEM se trouvent en ce moment au Niger : l'un à Niamey et le second à Zinder. Ceux-ci fourniront une assistance technique dans ces villes la prolongation du projet ;
- Lorsque le garage et les ateliers pour les équipements médicaux seront construits à Agadez (ceci étant prévu pour fin 1982), un troisième TEEM y sera affecté (par l'intermédiaire d'Africare) ceci dépendant des fonds disponibles, des homologues et des stagiaires que le MSP/AS aura désignés ; on attribuera à chacun des TEEM un véhicule tout terrain parmi ceux déjà dans le pays ; ceux-ci assureront le transport pour les secteurs suivants dans leurs départements respectifs :
 - inventaire de l'état des différentes sortes d'équipements médicaux ;
 - développement de la liste de l'équipement de réparation et établissement des pièces détachées nécessaires ; commande et obtention de ces pièces ;
 - détermination des équipements nécessaires par département ; commande et obtention ;
 - préparation des programmes d'entretien et des listes de vérification d'entretien pour les principaux articles.

Le programme d'entretien sera effectif par la suite tout au long de l'exercice du projet (et avec bon espoir, même après).

Les activités afférentes à la formation des TEEM sont les suivantes :

- i) Déterminer et se procurer les manuels, catalogues, et tout autre matériel ayant trait à la formation appropriée ;
- ii) Prévoir le programme de formation ;
- iii) Affecter au moins deux stagiaires du MSP/AS chaque année à chacun des ateliers de réparation à Niamey et à Zinder et Agadez (c'est-à-dire six élèves en formation chaque année X 3ans = 18 élèves formés à la fin du projet en juin 1985) ;
- iv) Etablir et respecter un programme d'entretien des véhicules et les formations en cours durant l'existence du projet.

La programmation géographique de ces activités figure au tableau 4. Des notes complémentaires comprenant le programme des rapports et de tels commentaires sont joints au tableau.

b) Entretien du parc automobile et formation en mécanique et réparation (tableau 5) :

- Les trois instructeurs mécanique fournis par Africare, à Diffa, à Tahoua, l'autre à Zinder, apporteront l'assistance technique permanente tout au long de l'existence du projet. Un quatrième instructeur mécanique peut être fourni par l'Africare et pourra être affecté à un quatrième endroit (Agadez) juin 1983, ceci dépendra des fonds disponibles et de la désignation des homologues et des instructeurs par le MSP/AS ;
- On effectera à chaque instructeur en mécanique un véhicule tout terrain (parmi ceux déjà dans le pays) ou un autre véhicule équivalent à quatre roues motrices.

On entreprendra dans chaque département les activités spécifiques ayant trait à l'entretien et à la réparation des véhicules ci-après :

- Préparation d'une liste des besoins annuels en outils et équipements ; commande et réception.
- Inventaire des véhicules du département et désignation de ceux qui sont utilisés, ceux qui sont arrêtés mais réparables et ceux dont on peut récupérer les pièces ;
- Inventaire des pièces détachées, détermination des besoins, commande et réception ;
- Préparation et maintien du programme d'entretien des véhicules du département.

c) Formation en mécanique :

- Détermination et fourniture des manuels d'entretien des véhicules nécessaires, des matériels de référence et autres ;
- Établissement du programme de formation ;
- Affectation de deux stagiaires du MSP/AS au moins chaque année à chaque atelier de réparation automobile à Tahoua et à Zinder et à Agadez (c'est-à-dire six stagiaires chaque année x 3 ans = 18 mécaniciens formés à la fin du projet)
- Suivi du programme d'entretien pour les réparations et la formation sur le terrain durant l'existence du projet.

La programmation géographique de ces activités ainsi que des notes complémentaires, la détermination et les périodes des rapports figurent au tableau 5. Les notes complémentaires fournissent une explication concernant la remise des rapports et la livraison des équipements.

4.2.5. Construction :

4.2.5.1. Dispensaires

L'USAID à Niamey s'était engagée par l'accord de projet initial à fournir des fonds pour la construction de nouveaux dispensaires. Au moment de l'évaluation commune en mi-1981, le Ministère des Travaux Publics venait à peine d'entreprendre la construction de ces dispensaires. Cependant, la Mission d'Évaluation de l'année dernière a considéré que ces constructions ne convenaient pas à cause de nombreux défauts, y compris les installations d'eau et de tout-à-l'égout. Selon le Ministère des Travaux Publics, on a remédié à ces défauts, mais l'USAID à Niamey

ne l'a pas confirmé. Les étapes suivantes sont nécessaires pour mener l'action à bien :

- a) L'Ingénieur de l'USAID devrait terminer ses inspections des lieux le 1er juillet 1982 ;
- b) Si l'Ingénieur de l'USAID estime que les travaux de construction du dispensaire ont été correctement effectués, il devrait les accepter et donner son approbation finale pour que l'on puisse établir le dernier paiement
- c) Si ce n'est pas le cas, l'ingénieur de l'USAID devrait donner ses recommandations sur la ligne de conduite à adopter. Le responsable USAID et cet Ingénieur devraient coordonner l'exécution de ce suivi action.

4.2.5.2. Direction Départementale de la Santé (DDS) :

L'accord du projet initial prévoyait l'allocation de fonds pour la construction de deux complexes au niveau de la Direction Départementale l'un à Binder et l'autre à Agadez. Ceux-ci comprenaient un secteur par l'Administration, un atelier de réparation et d'entretien du parc automobile et un autre pour les réparations et l'entretien des équipements.

- On a déterminé les emplacements, dessiné et approuvé les plans de construction, cependant on n'a pas encore démarré la construction parce que Washington n'a pas encore donné son approbation pour une délégation de fonds pour l'achat de matériel local.

Pour mener cette action à bien, il est nécessaire de passer par les étapes suivantes :

1. Washington doit approuver l'augmentation de fonds par une délégation pour les achats locaux ;
2. Le Directeur de l'USAID doit réviser et approuver les contrats de construction le 15 juin 1982 ;
3. L'entrepreneur doit produire, par l'intermédiaire de l'USAID les spécifications des plans de construction, et l'Ingénieur de l'USAID les approuver ;
4. L'entrepreneur doit démarrer la construction vers août/septembre 1982 ;
5. L'Ingénieur de l'USAID et le Ministère des Travaux Publics doivent établir un programme de vérification de la construction ;
6. La construction doit être terminée vers janvier/février 1983 ;
7. L'ingénieur de l'USAID doit vérifier la construction et l'approuver ; dans le cas contraire, il doit faire ses recommandations pour la ligne à suivre ;
8. L'USAID devrait effectuer le dernier paiement vers avril/mai 1983.

4.2.5.3. Magasin du PASR à Niamey :

Le IEP/AS ne dispose d'aucun magasin suffisant pour entreposer et distribuer les pièces de rechange des équipements ni les autres matériels de ce genre achetés par le projet. Bien que la Mission d'évaluation n'ait pas considéré ceci comme un problème l'année dernière, il apparaît en être un dans le champ d'action de la révision du Plan d'Exécution du projet.

On a prévu une aide à ce sujet dans cette révision du plan.

Pour mener cette action à bien, il est nécessaire de passer par les étapes suivantes :

1. Le Ministère des Travaux Publics de la République du Niger doit avoir terminé le projet d'extension vers le mois d'octobre 1982 ;
2. L'USAID doit avoir approuvé la révision des plans et spécifications vers le mois de décembre 1982 ;
3. Le gouvernement du Niger doit avoir sélectionné l'entrepreneur vers le mois de février 1983 ;
4. La construction doit commencer vers mars/avril 1983 ;
5. La construction doit être terminée vers juillet 1983 ;
6. L'ingénieur de l'USAID doit avoir inspecté et approuvé, ou sinon recommandé une ligne d'action consécutive, vers septembre 1983 ;
7. L'USAID devrait avoir effectué le dernier versement vers octobre 1983.

Le programme de la réalisation de la construction des installations décrites ci-dessus figure sur un graphe (voir tableau 8).

4.3. Plan d'Evaluation :

4.3.1 Réunions mensuelles :

Mensuellement des réunions seront tenues à la Direction du Projet sous la direction du Directeur du Projet ou la personne par lui désignée en cas d'absence. Participeront à cette réunion les personnels de la Direction du Projet, les responsables sectoriels des programmes au niveau du MSP/AS et le responsable de l'USAID en Santé. L'objet de cette réunion sera de suivre l'état d'avancement des programmes. Un procès-verbal sera établi à la fin de chaque réunion.

4.3.2 Réunions trimestrielles :

Une évaluation fonctionnelle du Projet à lieu trimestriellement pour déterminer les progrès obtenus en rapport avec les prévisions établies dans les huit tableaux.

Participeront à la réunion trimestrielle, les personnels de la Direction du projet, les responsables des programmes sectoriels, le responsable USAID pour la Santé, le Représentant AFRICARE.

Les moyens suivant seront utilisés : chaque responsable des programmes sectoriels présente un rapport d'activités trimestriel au Directeur du Projet. Ces rapports résumeront l'avancement ou l'absence d'avancement pour le trimestre, vers les objectifs fixés. Ils détermineront aussi les problèmes et les recommandations en vue d'actions correctives et le suivi des problèmes déterminés auparavant.

Un procès-verbal de réunion est établi par la Direction du Projet et envoyé au MSP/AS, au Directeur de l'USAID et au Plan.

4.3.3. Évaluation finale du projet :

On effectuera une évaluation finale générale de ce projet pendant la deuxième moitié de 1984.

L'équipe d'évaluation se composera d'un représentant de l'USAID de Niamey, d'un représentant ou plus du MSP/AS et de trois experts indépendants de l'extérieur. Les experts indépendants seront choisis en collaboration avec le MSP/AS. Le but de cette évaluation finale serait d'établir l'avancement général du projet quant à l'atteinte des buts et objectifs prévus, tels qu'ils sont fixés dans cette révision du plan d'Exécution. Dans la mesure du possible, on devrait également évaluer les bénéfices et impacts socio-économique du projet. Le système d'information devrait fournir des informations utiles ; en particulier si des études spéciales ont été réalisées dans ce but.

5.0. BUDGET

Le budget de la révision du plan d'exécution figure poste par poste au tableau B 1.

Il existe 5 catégories fonctionnelles de dépenses :

- Le contrat à shorte-termepour l'installation du système informatique ;
- Le contrat de l'université pour apporter une assistance technique en information de contrôle et en programmation sanitaire
- L'assistance technique d'Africare ;
- La formation suivie sous l'égide du MSP/AS ;
- et d'autres secteurs divers.

Toutes les estimations de coûts devraient être soumises à une révision périodique en fonction de l'expérience acquise au cours du roulement du projet.

TABLEAUX DU BUDGET

TABIEAU A
BUDGET DU PROJET 1978 - 1982
PAR RUBRIQUE

TABLEAU A
BUDGET PASR 1978 - 1982
(\$000)

28

	DEPENSES ET AFFECTATIONS DE 6/78 A 6/30/82			ESTIMATION DE DEPENSES ET AFFECTATIONS A 12/31/82		
	DEPENSE	AFFECTATIONS	TOTAL	LOCAL	USA	TOTAL
1-01 Personnel-Long Term	453.1	909.9	1363.1		132.0	1320
1-02 Personnel-Court Term	20.1		20.1			
1-03 Personnel-Bureau Local	8.4	1.4	9.8			
2-01 Formation aux USA	81.0		81.0			
2-02 Formation-Pays Tiers		250.0	250.0	34.6		34.6
2-03 Formation-E.S.S.	63.6		63.6	79.8		79.8
2-04 Formation-ENICAS	124.7	169.2	293.9	36.0		36.0
2-05 Formation-ENSP	55.3	40.0	95.3			
2-06 Formation-E.S.V.	444.3	281.6	725.9	224.1		224.1
2-07 Ateliers	77.9		77.9	92.3		92.3
2-08 Immunization						
3-01 Construction-D.D.S.	17.3		17.3	615.4		615.4
3-02 Construction-Dispensaires	674.5	216.5	891.0			
3-03 Construction-Magasin				126.2		126.2
4-01 Fournitures-Vehicules	272.4	287.6	560.0			
4-02 Fournitures-Mobylettes	39.9	40.4	80.3			
4-03 Fournitures-Garage	53.3		53.3	46.1	170.0	216.1
4-04 Fournitures-Equip. Medic.	46.0		46.0			
4-05 Fournitures-Dispensaires	254.5		254.5	315.1	70.0	385.1
4-06 Fournitures-Divers	15.8		15.8	42.6	10.0	52.6
5-01 Autres-Depenses-Amel. Sanit.	58.6		58.6	197.4		197.4
5-02 Autres-Depenses-Bureau Local	26.2		26.2	55.5		55.5
5-03 Autres-Depenses-Vehicules	100.0		100.0	7.3		7.3
5-04 Devel. Educ. et Nutrition						
5-05 Programme Education Sanit.						
5-06 Etudes Speciales/Eval.				24.0		24.0
	2886.9	2199.4	5086.3	1896.4	382.0	2278.4

TABLEAU B

PLAN FINANCIER

1983-1985

TABEAU B

PROJET AMELIORATION DE LA SANTE RURALE

(683-0208)

PLAN FINANCIER - 1983-1985

CADRE 3/ CONTRAT UNIVERSITE A LONG TERME

	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>AID TOTAL</u>	<u>GON TOTAL</u>
1. Chef de Mission.....	130	70	53	253	
2. Expert-Micro-ordinateur.. (epidemiologue)	85	45	33	163	
3. Expert-Micro-ordinateur.. (nutrition)	85	45	33	163	
4. Formateur des Formateurs.....	60	60	43	163	
5. Assistant Administratif..	10	5	5	20	
6. Secrétaire.....	6	3	3	12	
7. Experts C/T.....	62	36	27	125	
8. Etudes.....	125	75	-	200	
9. Frais divers.....	80	65	30	175	
SUB TOTAL.....	643	404	227	1,274	4.5

CADRE 4-5-6/

ASSISTANCE TECHNIQUE AFRICAINE

	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>AID TOTAL</u>	<u>GON TOTAL</u>
1. Mécanicien Auto.....	210	110	82	402	
2. Spécialistes en Réparation Equipements Biomédicaux...	210	110	82	402	
3. Ingénieur Sanitaire.....	80	45	34	159	
4. Assistant Administratif...	80	45	34	159	
5. Secrétaire-Dactylo.....	4	4	2	10	
6. Frais Divers.....	150	98	70	318	
SUB TOTAL.....	734	412	304	1450	6.0

CADRE 7/ FORMATION - DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

	<u>1982/1983</u>	<u>1983/1984</u>	<u>1984/1985</u>	<u>AID TOTAL</u>	<u>GON TOTAL</u>
1. Infirmiers Certifiés.....	165	220	290	675	213.8
2. Infirmiers d'Etat.....	108	144	150	402	199.5
3. Formation à Long-Terme U.S.A....	-	72	80	152	57.0
4. Techniciens Sanitaires.....	24,7	33	36	93,7	-
5. Formation en Tiers Monde.....	103,8	225	266	594,8	57.0
6. Séminaires Nationaux.....	100	100	25	225	394.5
7. Etudes Spéciales.....	8	8	-	16	20
8. Formation des E.S.V.....	160	160	130	450	-
9. Recyclage des E.S.V.....	125	125	75	325	743.6
10. Supervision des E.S.V.....	90	90	50	230	-
11. Séminaires Trimestriels.....	20	20	10	50	100.0
12. Assainissement.....	32,5	-	-	32,5	240.0
SUB TOTAL.....	<u>937</u>	<u>1197</u>	<u>1122</u>	<u>3246</u>	<u>2,025.4</u>

CADRE 8/ AUTRES

	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>AID TOTAL</u>	<u>GON TOTAL</u>
1. Aides aux Bureaux locaux	20	20	10	50	64.
2. Véhicules de remplacement	20	100	-	120	324.
3. Matériel Garage	25	50	25	100	95.4
4. Matériel Equipement médical	10	20	-	30	18.5
5. Secteur Immunisation	60	60	30	150	523
6. Aides Formation aux Ecoles	10	10	10	30	-
7. Fonctionnement Véhicules	60	75	25	160	42.
8. Personnel Bureau local	10	10	5	25	81.
9. Contract Carbonel	34	-	-	-	-
10. Imprévues	12	12	5	29	49
SUB TOTAL	<u>261</u>	<u>357</u>	<u>110</u>	<u>694</u>	<u>1,196.9</u>
TOTALS	2,515	2,385	1,764	6,664	3,232

43

TABLEAU B
PASR - PREVISIONS ANNUELLES DES COUTS RECURRENTS.

(000 CFA)

	Cible prévue Exercice 78-82		Fin du Projet Exercice 78 - 82 (Actuel)		Prolongation du Projet Exercice 83 - 85		Fin du Projet Révisé Exercice 78 - 85	
	nombre	coût	nombre	coût	nombre	coût	nombre	coût
<u>Salaires :</u>								
A. Infirmiers Diplômés d'Etat 700.000 CFA/an. + 10% Inflation/an	50		80	56.000	60	55.900	140	130.436
B. Infirmiers certifiés 300.000 CFA/an + 10% Inflation/an	200		200	60.000	100	39.930	300	119.790
C. Techniciens Sanitaires 300.000 CFA/an + 10% Inflation/an	75		30	9.000	15	5.990	45	17.969
D. Mécaniciens					5	3.990	5	3.990
E. Réparateurs de l'équipe- ment Biomédical					4	3.195	4	3.195
TOTAL PARTIEL								275.380

6. RELATIONS ADMINISTRATIVES

Lors de l'évaluation du Projet Amélioration de la Santé Rurale (683-0208) (PASR) en 1981, les évaluateurs ont constaté que beaucoup de problèmes rencontrés par le Projet proviennent de l'échec organisationnel à reconnaître la nature multidivisionnaire du PASR et aussi du manque de précision de la position du PASR au sein de la structure administrative du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSP/AS). Le Gouvernement du Niger a rejeté la recommandation suivante : placer le PASR à un niveau organisationnel élevé au sein du MSP/AS dans le but d'établir un bureau central du Projet et de renforcer la coordination et l'exécution du Projet parmi les Services du Ministère. Le MSP/AS préfère laisser la direction du Projet sous la conduite du DES. Le Directeur du Projet est autorisé par le Ministère de la Santé à surveiller l'exécution du projet. Les directeurs des autres services respectent cette autorisation et cela permet au Directeur du Projet de contrôler avec efficacité le Projet à travers tous les services du MSP/AS.

Le MSP/AS a révisé et renforcé son administration et sa gestion pour assurer la réussite de l'exécution du Projet pendant la période d'extension proposée. En plus du Directeur du Projet, le Directeur Adjoint du Projet a été remplacé par l'ancien Directeur de la Formation, une personne qui a déjà joué un rôle majeur au sein du MSP/AS et qui a démontré ses compétences. Ayant des responsabilités ministérielles en plus de celles du PASR, le Directeur du Projet est assisté d'un adjoint à plein temps pour l'aider dans son rôle de Directeur des Etablissements de soins.

De plus, la gestion financière du Projet a été consolidée grâce à l'assistance technique d'un comptable Américain travaillant à plein temps. En résumé, le Gouvernement du Niger a remplacé l'ancien Directeur du Projet et son adjoint pour diriger l'extension proposée du PASR. Pour renforcer la direction et l'exécution du projet, le plan d'Exécution révisé offre deux ensembles distincts d'assistance technique, chacun comportant des lignes de responsabilités bien définies en ce qui concerne l'exécution du Projet. L'AFRICARE continuera comme avant à recruter et à fournir le support administratif et à effectuer un contrôle périodique pour aider techniquement avec efficacité les mécaniciens, les techniciens médicaux et les ingénieurs sanitaires. Un contrat sera passé avec une Université pour ajouter les services d'un spécialiste en planification sanitaire, de deux informaticiens, l'un avec une formation en statistiques et épidémiologie l'autre avec une formation en épidémiologie de la nutrition.

Le plan révisé d'exécution tient aussi compte des difficultés rencontrées durant le projet, notamment un manque de précision dans les responsabilités et les communications. Il est maintenant prévu une revue trimestrielle du Projet réunissant tous les directeurs de l'USAID, du MSP/AS, de l'Université et d'AFRICARE.

Tous les mois, la Direction du Projet, le responsable de la Santé pour l'USAID et les responsables sectoriels des programmes se rencontreront pour évaluer les progrès du Projet par rapport au calendrier établi dans le plan révisé d'Exécution. Il y aura donc des contrôles plus fréquents du Projet qu'auparavant.

L'achat du matériel pour le Projet se fera sans délai pour permettre l'exécution des activités du Projet. Le personnel d'assistance technique, en collaboration avec leurs homologues Nigériens, devra établir une liste du matériel nécessaire à fournir pour le Projet. Ces listes seront approuvées au niveau départemental par le Directeur Départemental de la Santé (DDS) et envoyées au Secrétaire Général du MSP/AS et au Directeur du Projet pour être autorisées avant d'être présentées à l'USAID. Des copies des listes de matériel préparées par les techniciens seront envoyées directement au Directeur du Projet. Pour aider le Ministère, l'USAID achètera directement le matériel payable en devises étrangères. Le MSP/AS achètera le matériel payable en devises locales.

AFRICARE a dressé un budget spécifique pour l'achat d'autres équipements qui a été approuvé par l'USAID et le Gouvernement du Niger et qui permettra de subvenir aux achats d'équipements locaux ou américains dans le cadre du support professionnel au personnel technique de l'AFRICARE.

LES AGENTS DU PROJET

Le MSP/AS

1. Le Directeur du Projet : Le Directeur du projet est responsable du contrôle de l'exécution du Projet. Il est également responsable de la coordination avec les autres ministères du Gouvernement du Niger concernés par les activités du Projet. Au sein du MSP/AS, le Directeur du Projet sera responsable de la coordination et de l'exécution des activités du Projet à tous les niveaux, aussi bien dans les bureaux du MSP/AS au niveau central qu'aux niveaux des départements, des arrondissements, cantons et villages.

Le Directeur du Projet devra veiller à ce que les directeurs départementaux de la Santé (DDS) suivent les objectifs du Projet arrêtés au niveau central.

2. Le Directeur Administratif et Financier : Le Directeur Administratif et Financier est responsable de la gestion du Personnel (Nigérien ou Expatrié) relevant directement du Projet. Il devra effectuer des tournées pour s'assurer des conditions de travail de tous les techniciens engagés pour le Projet et sera en contact étroit avec le Chef de l'Equipe de l'Université et le Représentant AFRICARE au Niger.

Le Directeur Administratif et Financier est aussi responsable du suivi de la comptabilité financière et matière du Projet.

3. Le Directeur Départemental de la Santé (DDS) : Chaque DDS sera chargé par le Directeur du Projet d'assurer l'exécution efficace et sans délai des activités du Projet dans leurs départements. Ils assumeront la direction administrative sans délai et apporteront un support aux techniciens médicaux; aux mécaniciens auto et aux ingénieurs sanitaires qui fournissent l'assistance technique dans leurs départements. Le DDS est également responsable de la coordination avec le Ministère des Travaux Publics pour assurer la construction du bâtiment départemental administratif proposé et des garages. Plus précisément, le DDS révisera et transmettra au niveau central les listes de matériels et pièces détachées dont ont besoin les techniciens du Projet.

4. Contrat Université Américaine :

Le Chef de l'Equipe de l'Université : Une Université Américaine fournira une équipe d'Experts. Le Chef de cette équipe aura une fonction technique: le suivi technique de l'exécution des programmes du Projet. A cet effet, il sera en rapport étroit avec le responsable des programmes sectoriels. Par ailleurs il devra effectuer des visites sur le terrain pour constater l'état d'avancement des différents programmes et faire rapport au Directeur du Projet. Le Chef de l'équipe de l'Université aura en outre une fonction administrative: le contrôle de l'assistance technique fournie par l'Université en collaboration avec le Directeur Administratif et Financier.

AFRICARE :

Le Représentant AFRICARE au Niger : Le Représentant AFRICARE au Niger sera responsable du recrutement sans délai des mécaniciens auto qualifiés, des ingénieurs sanitaires et des spécialistes en réparation des équipements médicaux.

AFRICARE offrira à ses agents techniques tous les services administratifs dont ils ont besoin pour s'installer, se loger et finalement quitter le pays.

Des tournées de support administratif et de contrôle devront avoir lieu au moins tous les deux ou trois mois sur les lieux de travail et d'habitation des techniciens.

Un rapport mensuel envoyé au Directeur de Projet ainsi qu'à l'USAID, rendra compte des progrès et des problèmes des agents techniques. Il devra travailler en collaboration étroite avec le Directeur Administratif et Financier du Projet.

L'USAID

1. Le Directeur de l'USAID au Niger est responsable de l'exécution du
Projet conformément au but du Projet.

2. Le Responsable du Développement des Projets à l'USAID (GDO) est chargé
du contrôle périodique de l'exécution du Projet au nom du Directeur de l'USAID.
Lors de réunions trimestrielles d'évaluation du Projet, le GDO s'assurera de
l'exécution sans délai du projet. Le GDO se tiendra au courant des activités
du Projet grâce aux rapports du Responsable USAID de la Santé et interviendra
comme il se doit.

3. Le responsable USAID de la Santé sera chargé du suivi régulier des activités
du projet. Il aura des contacts fréquents et directs avec le Directeur de
Projet, le Chef de l'Equipe de l'Université et le Représentant d'AFRICARE au
Niger. Il participera aux réunions mensuelles du Projet pour s'assurer que
le projet fonctionne correctement comme en témoigne la réalisation sans délai
des activités prévues.

ANALYSE DES COÛTS RÉCURRENTS

7. COUTS RECURRENTS DU PLAN REVISE DU PASR

Les coûts récurrents du PASR sont traités en profondeur dans le Document du Projet. Le Plan révisé de réalisation a changé certains axes du projet initial et a essayé d'établir des procédures pour en améliorer la réalisation. En même temps, les revenus du GON ont baissé. Les paragraphes suivants présentent les points principaux de l'étude des coûts récurrents dans le Document de Projet, les met à jour sur la base du Plan révisé et concluent que les coûts récurrents ne constitueront pas un fardeau trop lourd pour le MSP/AS.

La section sur les coûts récurrents dans le Document de Projet comportait les observations suivantes :

1. Les augmentations du nombre d'infirmiers pour le PASR n'augmenteraient pas beaucoup les frais en matière de personnel.
2. Les ESV supplémentaires "n'ajouteraient pas un fardeau financier ... excepté pour les frais de formation et de recyclage".
3. Les coûts totaux supplémentaires en matière de personnel et imputables au PASR entraîneraient une augmentation de 30% dans le budget du personnel.
4. Les frais de transport pour la supervision du système rural "augmenteraient beaucoup le montant et la part du budget total affecté aux transports".
5. Le financement par d'autres donateurs continuerait probablement.
6. Il est entendu que "le MSP/AS peut supporter les coûts récurrents supplémentaires afférents au projet". Cette déclaration avait été faite sur les bases suivantes : "... à condition que la hausse actuelle des recettes de l'uranium se poursuive", et une assistance extérieure continuera à être nécessaire à la fin du projet pour étendre et améliorer les services de santé.

Ces points sont traités ci-dessous pour voir comment la Révision du Plan les a affectés.

1. La révision du Plan de réalisation prévoit la formation d'infirmiers supplémentaires certifiés et diplômés d'Etat par rapport au nombre prévu dans le Document de Projet. Pendant la prolongation du Projet, 160 infirmiers supplémentaires devraient être formés. A la fin du Projet en 1985, un total de 440 infirmiers seront formés grâce aux fonds du Projet ce qui entraînera une augmentation annuelle de 250.000.000 CFA en charges salariales pour le GON. A la fin du Projet, il y aura en plus 45 techniciens sanitaires, 5 mécaniciens et 4 réparateurs des équipements biomédicaux de formés. Les charges salariales du GON pour ces 54 spécialistes s'élèveront à environ 25.154.000 CFA à l'exercice 85. En tout, le personnel formé par le Projet augmentera les charges salariales du MSP/AS de 275.380.000 CFA en 1985. Il est estimé que cela représentera une augmentation de moins de 10% des coûts pour le personnel du MSP/AS par rapport à ceux de 1981.

2. La révision du Plan de réalisation prévoit la formation de 3.280 membres supplémentaires des ESV ou 810 ESV. Les coûts récurrents concernent la supervision et le recyclage mais non les charges salariales puisque les ESV sont financées par les contributions des patients. A la fin du projet, en 1985, il y aura 16.000 membres des ESV et 50% d'entre eux doivent se recycler tous les ans. En 1985, les coûts récurrents de recyclage des ESV seront de 160.000.000 CFA et ceux de supervision de 56.000.000 CFA. Les ESV supplémentaires formés dans le cadre de la révision du Plan coûteront 20.000.000 CFA en stage de recyclage et 8.000.000 CFA en supervision.
3. Le volet de "planification de la santé" du Plan révisé prévoit la formation de 6 à 10 statisticiens de la santé remplissant des fonctions de niveau moyen. Ces personnes sont déjà des employés du MSP/AS et il n'y aura donc pas d'augmentation des charges salariales du MSP découlant de cette formation.
4. Les coûts d'opération pour les véhicules du projet (essence et maintenance) devront être pris en charge par le MSP à la fin du projet. Ces coûts qui ne comprennent pas la dépréciation, des véhicules, s'élèveront à 23.100.000 CFA en 1985 d'après les estimations, et représentent moins de 7 % des coûts totaux d'opération des véhicules pour le MSP.
Sur les 42 véhicules tout terrain prévus à l'origine, 30 seront livrés avant que le nouveau Plan de réalisation n'entre en vigueur. Le Plan prévoit que deux des véhicules restant à livrer serviront à la formation à l'ENICAS, les dix autres seront utilisés comme véhicules de remplacement en 1984. La révision du Plan réduit donc les coûts récurrents de transports prévus dans le Plan initial puisqu'il utilise dix véhicules comme véhicules de remplacement au lieu d'augmenter le parc automobile du MSP d'un total de 42 véhicules.
5. Les volets relatifs à la maintenance des véhicules et de l'équipement auront pour effet de diminuer les coûts récurrents, phénomène ignoré dans le Document de Projet : une utilisation plus longue et plus efficiente des véhicules et de l'équipement. Des durées plus longues d'utilisation de l'équipement diminuent les coûts, de même qu'une plus grande efficacité réduit la consommation d'essence et les autres dépenses opérationnelles.
6. La prolongation du Projet aidera le MSP/AS à développer les moyens requis pour dispenser une formation "continue" approximativement aux 170 infirmiers des dispensaires relative aux techniques et concepts de supervision des ESV. Les coûts annuels du MSP/AS pour assurer cette formation "sur le tas" devrait se monter à 2.263.000 CFA.
7. Pendant la prolongation du Projet, deux complexes (bureaux plus garage) départementaux de Santé publique seront construits. Les frais annuels de maintenance sont estimés à 1% des coûts de construction. Pour 1985, en incluant un taux annuel d'inflation de 10%, les frais de maintenance pour les bâtiments sont estimés à 6.600.000 CFA par an.

8. Le financement du secteur de la Santé par d'autres donateurs devrait continuer.

En résumé, le Projet PASR doit augmenter les coûts récurrents du MSP/AS de 523.063.000 CFA par an à la fin du projet en 1985. Cette somme représente 15% des dépenses récurrentes du budget de la Santé du GON en 1981. La prolongation de trois ans du Projet contribuera 32,6% de l'augmentation estimative des coûts récurrents entraînés par les activités du Projet.

Presque 52% des coûts récurrents engendrés par le Projet seront imputables aux dépenses relatives au personnel du MSP/AS. Conscient qu'une décentralisation des services de santé vers les zones rurales exige un personnel médical qualifié affecté aux zones rurales pour encadrer les ESV, le MSP/AS a concentré ses efforts sur la formation du personnel médical. Entre 1977 et 1981, les dépenses pour le personnel ont doublé et le budget des coûts récurrents du MSP/AS les a absorbées. Le MSP/AS a donc déjà pris en charge les charges salariales du personnel médical dont le Projet PASR a financé la formation avant 1981. Le GON continue à favoriser la formation du personnel et on peut donc espérer, à partir de l'expérience des cinq années précédentes, que le GON continuera à assumer les charges salariales du personnel médical nouvellement formé. En 1985, il y aura 109.000.000 CFA à ajouter aux 166.000.000 CFA représentant les coûts récurrents en matière de personnel que le Projet a entraînés depuis 1978. Cette somme supplémentaire représente moins de 5% des dépenses pour le personnel en 1985.

Les coûts récurrents estimatifs pour les activités de supervision sont importants : ils sont projetés à 177.950.000 CFA et comportent les frais de motylettes, le recyclage des ESV et la formation "continue" des infirmiers de dispensaire. Ces coûts représentent presque 43% des coûts récurrents du projet mais moins de 5% des coûts récurrents du MSP/AS en 1985. Le MSP/AS devrait pouvoir prendre ces coûts à sa charge en 1985 puisque ces coûts ne représenteront qu'un faible pourcentage (moins de 5%) du budget prévu pour 1985.

Le GON a toujours réservé 7% des dépenses nationales au secteur de la santé depuis 1977, un pourcentage plus élevé que dans la plupart des autres pays Africains. Malgré les contributions réduites des revenus de l'uranium au FNI, le GON n'a pas diminué les affectations du FNI au secteur de la Santé. En outre, depuis bientôt 18 ans, le GON s'est particulièrement attaché au développement de la Santé rurale, comme le montre la part élevée du budget du MSP/AS affectée à la Santé rurale.

Les salaires du personnel, les activités de supervision, le recyclage des ESV et la formation des infirmiers de dispensaire forment 95% des coûts récurrents du Projet. L'ensemble de ces charges représentent moins de 15% des coûts récurrents du budget du MSP/AS. A cause de l'attachement continu du GON au développement de la Santé rurale et de sa capacité à absorber les frais du personnel médical récemment formé par le Projet,

le GON devrait pouvoir prendre à sa charge les coûts récurrents supplémentaires qu'entraîne le Plan révisé.

Enfin la création d'un système informatique de gestion et d'une cellule de planification de la Santé aux termes du Plan révisé aidera le MSP/AS dans ses efforts en vue de réduire les coûts récurrents.

8. SOMMAIRE DES TABLEAUX

Les huit tableaux du Plan peuvent se résumer brièvement comme suit :

Tableau 1 :

Il illustre :

1. La visite prévue du Directeur du Projet aux Etats-Unis pour étudier la technologie informatique proposée par le Projet pour le MSP/AS
2. Formation à long terme en épidémiologie de deux Nigériens.
3. Un maximum de trois Nigériens pour des voyages d'observation supplémentaires aux Etats-Unis.

Tableau 2 : Contrat à court terme

Il illustre :

1. Calendrier des actions à suivre afin d'établir un contrat IQC pour l'achat et l'installation d'un micro-ordinateur au MSP/AS.
2. Consultants pour l'assistance technique connexe et la formation "sur le tas" de Nigériens en six mois.

Tableau 3 :

Il illustre :

1. Le calendrier des actions pour un contrat à long terme avec l'Ecole de Santé Publique d'une Université pour réaliser les volets santé et planification du plan révisé.
2. L'assistance à long terme requise et la formation des Nigériens désignés pour assurer la planification et l'épidémiologie à la fin du projet
3. L'identification et la sélection d'un consultant spécialiste de l'élaboration des enquêtes afin d'établir une procédure pour une étude d'échantillonnage proposée, à entreprendre après janvier 1983.
4. Réalisation et suivi de l'étude mentionnée ci-dessus.

Tableau 4. Assistance Technique d'AFRICARE

Il illustre :

1. Les intrants d'AFRICARE pour le projet, i.e. les réparateurs de l'équipement biomédical, les mécaniciens et un ingénieur sanitaire.

SOMMAIRE
DES
TABLEAUX

Tableau 5 : Maintenance des Véhicules

Il illustre :

1. Le suivi du volet "Mécaniciens" du contrat AFRICARE, fixant des objectifs précis en matière d'achat de l'équipement, dressant des inventaires et établissant un programme systématique de maintenance ainsi que de formation des Nigériens.

Tableau 6 : Réparations et Maintenance de l'Equipement Biomédical

Il illustre :

1. le suivi du volet "Assistance Technique pour l'équipement Biomédical" du contrat AFRICARE. Elle précise les objectifs spécifiques : la préparation des inventaires des outils et de l'équipement, la création d'un programme de réparations et de maintenance, la préparation de manuels de formation ainsi que l'élaboration et la réalisation d'un programme de formation

Tableau 7 : Développement des Ressources Humaines

Il illustre :

1. Toute la formation que le Projet doit encore financer : infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers certifiés, laborantins, techniciens sanitaires et Equipes de Santé Villageoise.
2. La formation en pays tiers et aux Etats-Unis.
3. Les séminaires et les études spéciales en rapport avec la formation.

Tableau 8 : Construction

Il illustre :

Plan de construction de la DDS et du magasin prévu pour le PASR.

Note : Lors des discussions avec le Ministère de la Santé Rurale et le Directeur du projet consécutives à leur examen du plan révisé, les points suivants ont été acceptés et sont donc inclus dans le plan révisé :

1. -- Le MSP/AS donnera des preuves à l'USAID que les infirmiers et les agents sanitaires dont le projet a financé la formation ne sont affectés qu'à des centres de santé rurale ou à des dispensaires.
2. -- Le MSP/AS a assuré l'USAID que le prochain groupe de techniciens sanitaires diplômés sera affecté à des centres de santé rurale pour faire de l'assainissement rural.
3. -- Le MSP/AS a accepté d'affecter un minimum de deux ou trois stagiaires par an à chaque mécanicien du projet et à chaque réparateur de l'équipement biomédical pour assurer la formation professionnelle et un transfert de technologie.
4. -- L'USAID accepte d'envoyer chaque mécanicien stagiaire à Lomé, au Togo, pour un an de stage, après que les mécaniciens du Projet ont déterminé leur aptitude à ce stage.
5. -- Le MSP/AS réduira le nombre d'Equipes de Santé Villageoise à former, à 220 (3,280 personnes) pendant la prolongation du projet
6. --- Le MSP/AS accepte que les fonds qui auraient été utilisés à la formation d'ESV soient affectés au recyclage des ESV et à la formation
7. -- Le MSP/AS a accepté d'examiner l'offre de l'USAID d'ajouter un assistant technique au Projet pour développer la formation continue des infirmiers de dispensaires et l'enseignement de la Santé pour les employés de la santé rurale.
8. -- L'USAID accepte le Directeur des Etablissements de Soins du MSP/AS comme Directeur du Projet.