PD-ABG-412

APPENDIX D
A.I.D. EVALUATION SUMMARY - PART I

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

IDENTIFICATION DATA

A. Reporting A.I.D. Unit:
Mission or AID/W Office (ES# _____) USAID/Niger

B. Was Evaluation Scheduled in Current FY Annual Evaluation Plan?
Yes ☒ Slipped ☐ Ad Hoc ☐
Evaluation Plan Submission Date: FY ___ Q ___

C. Evaluation Timing
Interim ☒ Final ☐ Ex Post ☐ Other ☐

D. Activity or Activities Evaluated (List the following information for project(s) or program(s) evaluated; if not applicable, list title and date of the evaluation report.)

Project No.	Project /Program Title	First PROAG or Equivalent (FY)	Most Recent PACD (Mo/Yr)	Planned LOP Cost (000)	Amount Obligated to Date (000)
683-0258	Niger Family Health and Demography	1988	7/93	11,000	10,935

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
1) Prepare Project Paper Supplement 2 authorizing changes including: additional funds, extend PACD 2 years, strengthen pre-service training, social marketing, increased coverage for rural women to dispensary level and explore innovative outreach strategies	CARahmaan	10/91
2) Execute Project Agreement Amendment to include changes in the Project Paper	CARahmaan	6/92

(Attach extra sheet if necessary)

APPROVALS

F. Date Of Mission Or AID/W Office Review Of Evaluation: (Month) April (Day) 30 (Year) 91

G. Approvals of Evaluation Summary And Action Decisions:

	Project/Program Officer	Representative of Borrower/Grantee	Evaluation Officer	Mission or AID/W Office Director
Name (Typed)	CARahmaan	Dr. H. Maidouka	RMacken	George T. Eaton
Signature			Richard A. Macken	
Date	10/9/92		10/27/92	10/30/92

ABSTRACT

The goal of the Family Health and Demography Project (NFHDP) is to help the Government of Niger (GON) achieve a more moderate rate of population growth. The Family Health Component assists Nigerien institutions in implementation of an integrated national family planning program. The Demography and Research Component strengthens the use of demographic data for national and regional planning. The project is implemented by the Directorate of Family Planning (DFP) and Directorate of Statistics and Demography (DSD). A mid-term evaluation (8/88-3/91) was conducted by an external team on the basis of interviews, site visits and document reviews. The purpose was to assess progress to date, identify any problems and recommend modifications if indicated.

The major findings are:

1) Considerable progress has been made in implementation of a national family planning program, including provision of training, logistics management, and operations research efforts.

2) Services are now available in all regions of the country, with the number of sites providing FP increasing from 80 to over 140 and couple-years protection doubling in two years, from 20,000 in 1988 to 38,000 in 1990.

3) Serious concerns remain about quality and utilization of family planning services and their accessibility in rural areas, as well as effectiveness of information-education-communication efforts.

4) Project inputs have greatly assisted the DSD in processing of the 1988 census and formulation of a national population policy, but other efforts have fallen behind schedule.

Principal recommendations are:

1) USAID should increase the life-of project and funding levels to enable achievement of objectives, while targeting lower levels of the health system for FP service delivery

2) The family health strategy should be revised to strengthen decentralization of the program, including logistics management, training, promotional efforts and supervision

3) USAID and its contractors should help the DFP to more closely monitor project finances.

4) For demographic data use, the project should support a realistic statistical workplan, improve working conditions where necessary, intensify training and develop regional data dissemination centers.

COSTS

I. Evaluation Costs

1. Evaluation Team Name	Affiliation	Contract Number OR TDY Person Days	Contract Cost OR TDY Cost (U.S. $)	Source of Funds
Albert Baron, COP	Consl., POPTECH	DPE-3024-Z-00 -8078-00	$110,500	NFHDP Project: $89,500 POPTECH Project: $21,000
Suzanne Plopper	Consl., POPTECH			
Judy Aubel	Consl., POPTECH			
Dom. Waltisperger	Consl., POPTECH			
Dr. Sani Alio	Dept. Health Dir., MOPH, Niger			
M. Tchernaka Yacouba	Rep., MOP, Niger			

2. Mission/Office Professional Staff Person-Days (Estimate) 10

3. Borrower/Grantee Professional Staff Person-Days (Estimate) 14

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:

- Purpose of evaluation and methodology used
- Purpose of activity(ies) evaluated
- Findings and conclusions (relate to questions)
- Principal recommendations
- Lessons learned

Mission or Office:	Date This Summary Prepared:	Title And Date Of Full Evaluation Report:
USAID/Niger	Oct 1, 1992	Mid Term Evaluation of the Niger Family Health and Demography Project, March 1991

The Niger Family Health and Demography Project (NFHDP) is the first phase of a long-term program of A.I.D. assistance to the Government of Niger (GON) to support expansion of family health and demography programs in Niger. It was signed in August 1988 with a life-of-project budget of $11,000,000 over five years.

The goal of the project is to assist the GON to achieve a rate of population growth consistent with the growth of economic resources and productivity. The project includes a Family Health Component and a Demography and Research Component. The Family Health Component, managed by the Directorate of Family Planning (DFP), Ministry of Social Development, Population and Promotion of Women (MSDPPW) aims to improve the delivery of family health services as an integral part of Niger's health delivery system. The Demography and Research Component, managed by the Ministry of Finance and Plan (MFP) aims to strengthen the production and dissemination of demographic data for national and regional planning.

In March of 1991 an external mid-term evaluation of the NFHDP was performed. The evaluation team, which included two GON officials and four contract staff, reviewed the original project goals and objectives, the strategies established to achieve those objectives, the outcomes to date and probable eventual outcomes of project-funded activities. They also examined the changing institutional setting and inputs from other donors as they affected project success. Based on their findings, they made recommendations for changes in strategy, levels of funding and revision of objectives.

The Family Health Component:

The Family Health Component (FHC) is basically a conventional, clinic-based approach to expanding family health service delivery in public health facilities. The FHC provides long- and short-term technical assistance under an institutional contract; long- and short-term training; commodities including contraceptives, vehicles, basic medical equipment, computers and office furniture; local cost support including management and supervisory activities; and support for operations research to improve program effectiveness and explore non-clinic distribution of contraceptives.

The evaluation team reported that considerable progress has been made under the FHC in strengthening the capacity of the DFP to plan and implement a national family planning program. The DFP has significantly improved performance in the areas of program management and planning; technical training; information, education and communication (IEC) materials production; and contraceptive logistics and supply. The DFP

has assured effective coordination with other concerned ministries, especially the Ministries of National Education (MEN) and Youth and Sports (MJS), and other donors including UNFPA and the World Bank. These other donors also contributed to the success of the program.

FP services are now available in maternity wards, maternal and child health (MCH) centers and major health clinics at each of the 39 district medical centers, with over 140 FP service points throughout Niger. Family planning is achieving increasing acceptance, especially in towns and cities. The increased accessibility of these services is a key factor in the increased acceptance of family planning, and a beginning has been made in extending FP services to rural areas. In general the efforts of the institutional contractors in strengthening the DFP have been very successful.

The evaluation team noted, however, several areas of concern under the Family Health Component. The team recommended that in order to achieve a contraceptive prevalence rate of at least 7% among women of reproductive age, the coverage strategy should be modified to go beyond the largely urban-based medical centers, maternity wards and MCH centers originally targeted under the project and provide for increased family planning services through health posts, dispensaries and community-based delivery systems. This would require more resources and attention to reinforcement of the Community Health Workers program, which is currently very weak.

The team also identified the need to improve effectiveness of the integration of family planning and maternal child health (FP/MCH) services and to strengthen and accelerate technical training and promotional and materials development activities. Furthermore, given the GON's withdrawal of earlier opposition to the sales and promotion of contraceptives products through private commercial channels, the team recommended that the project increase support for private sector initiatives, particularly the social marketing of contraceptive products.

In view of the fact that family planning services have only been offered in Niger since the early 1980's, and were legalized in 1988, this evaluation pointed out the importance of a targeted, well-funded bilateral program, with long-term technical assistance, to increase acceptance and availablity of family planning. The evaluators also felt, however, that FP services should be organized, supervised and delivered in the field as part of an integrated health program. Since the DFP is organizationally distinct from the Ministry of Public Health this could have been a major problem; however the DFP has managed to work successfully with field staff of the MOPH, mainly because training and funds were offered under the program. The evaluation stressed the need for resources and efforts to be directed primarily at the regional levels in the future.

The Demographic Component

This component was designed to improve the quality and availability of demographic data, and to reinforce the skills of technicians and planners in the analysis and use of such data. A national census was performed in 1988; this component provides for continued assistance from the U.S.

Bureau of the Census in processing, analysis and dissemination of the census data. It also supports a Demographic and Health Survey (DHS) in Niger, long- and short-term training in different aspects of demography, and establishment of up to three documentation centers with support for some equipment and publications.

The evaluators noted that achievements under the Demographic and Research Component include: completion, with significant technical assistance provided by the U.S. Bureau of Census, of processing of the GON 1988 Census and preparation of these data for dissemination in January 1992; completion of preparation work for the 1992 Niger Demographic and Health Survey, with field data collection scheduled to begin in February 1992; and short-term training for several GON demographers and statisticians in applied research and statistical methods, including several sessions organized in Niamey. With support from the project and other resources, the DSD has also made progress in drafting of a national population policy which constitutes a major contribution to project objectives.

The evaluators pointed out weaknesses in the DSD's (and its Ministry's) capacity to carry out demographic data collection and analysis and ability to use such data for planning. The DSD was noted to have poor working conditions (space and equipment); inadequate trained staff; a lack of planning and scheduling of conflicting surveys, etc.; lack of a program to develop and support the documentation center; and lack of a regional capacity to obtain and use demographic data for planning and programming.

The evaluation report made numerous recommendations to address the problems cited above, calling for substantially increased support under this component in order to have a significant impact. It recommends particular attention to reinforcement of dissemination and use of demographic data for planning at the regional level; more rational planning of surveys and use of existing data (such as health statistics); and strengthening of the national vital statistics system.

On the basis of this evaluation and subsequent discussions between USAID and the GON, the Mission intends to prepare an amendment of this project to incorporate key recommendations developed in the evaluation, extending the PACD by an additional two years and increasing the scope and funding level of the program. The additional funding will cover modifications of activities and plans, under the Family Health Component, identified as necessary to achieve the original goal, purpose and objectives of the project. The amendment will also make several changes in the Demographic Component.

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.)

1. Executive Summary, Midterm Evaluation of the Niger Family Health and Demography Project (English)

2. Evaluation à Moyen Terme, Projet Santé Familiale et Demographie (French)

COMMENTS

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

USAID/Niger comments:

This was a very thorough and useful midterm evaluation, which benefitted from excellent cooperation from host government and contract personnel. It documented progress to date, but also provided important data on coverage and impact of project inputs which will be incorporated into a project amendment. The Mission was in substantive agreement with all of the evaluation team's findings regarding family planning services, and the recommendations will be fully considered in preparation of a project amendment. Regarding the demographic component, the Mission will work with the GON to respond to weaknesses of the demographic statistical system, modifying but not greatly increasing project inputs.

Le but du Projet Santé Familiale et Démographie (PSFD) est d'aider le Gouvernement du Niger à atteindre un taux de croissance démographique plus modéré. Le volet "Santé Familiale" aide les institutions nigériennes dans la mise en oeuvre d'un programme national intégré de planification familiale. Le volet "Démographie et Recherche" vise à renforcer l'utilisation des données démographiques pour la planification nationale et régionale. L'exécution du projet est assurée par la Direction de la Planification Familiale (DPF) et la Direction des Statistiques et de la Démographie (DSD). Une évaluation intérimaire (août 88-mars 91) a été effectuée par une équipe externe sur la base des interviews, des excursions sur le terrain et de l'examen des documents. Cette évaluation avait pour objectif d'évaluer les progrès réalisés à ce jour, d'identifier tout problème éventuel et de formuler des recommandations au besoin.

Les principales conclusions découlant de cette évaluation sont les suivantes:

1) D'importants progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre d'un programme national de planification familiale, y compris la formation, la gestion du matériel logistique et les activités ayant trait à la recherche opérationnelle.

2) Les services sont disponibles dans tous les départments du pays, avec le nombre des postes fournissant les services de planification familiale passant de 80 à plus de 140 et le nombre d'années-couples de protection doublant en deux ans, passant ainsi de 20 000 en 1988 à 38 000 en 1990.

3) De sérieux problèmes se posent concernant la qualité et l'utilisation des services de planification familiale et leur accessibilité dans les milieux ruraux ainsi que l'efficacité des activités concernant les informations, l'éducation et la communication.

4) Les intrants du projet ont considérablement aidé la DSD dans le traitement des données de recensement et la formulation d'une politique nationale en matière de démographie, bien que d'autres activités aient connu des retards.

Les principales recommandations sont les suivantes:

1) L'USAID devrait augmenter la durée du projet et les niveaux de financement afin de permettre la réalisation des objectifs prévus, tout en visant les niveaux inférieurs du système sanitaire pour la prestation de services de planification familiale.

2) La stratégie de la planification familiale devrait être revisée pour renforcer la décentralisation du programme, y compris la gestion du matériel logistique, la formation, les activités promotionnelles et la supervision.

3) L'USAID et ses contractants devraient apporter leur concours à la DPF pour assurer un suivi plus minutieux des finances du projet

4) Quant à l'exploitation des données démographiques, le projet devrait porter appui à un plan de travail statistique et réaliste, améliorer les conditions de travail si besoin est, renforcer la formation et développer des centres de diffusion des données au niveau départmental.

Le Projet Santé Familiale et Démographie (PSFD) constitue la première phase d'un programme d'assistance de l'A.I.D. à long terme mis au profit du Gouvernement du Niger pour appuyer l'expansion des programmes relatifs à la santé familiale et à la démographie. L'accord a été signé en août 1988 pour une durée de plus de cinq ans et avec un budget qui s'élève à 11 million de dollars.

Le projet a pour but d'apporter un appui au Gouvernement du Niger pour lui permettre de réaliser un taux de croissance démographique compatible avec la croissance des ressources et de la productivité économiques. Le projet comporte un volet "Santé Familiale" et celui de "Démographie et Recherche". Le volet "Santé Familiale", géré par la Direction de la Santé Familiale (DSF), Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme (MDSPPF) a comme objetif d'améliorer la prestation de services de santé familiale en tant que partie intégrale du système de prestation de service de santé familiale. Le volet "Démographie et Recherche" quant à lui vise à renforcer la production et la diffusion des données démographiques pour la planification nationale et régionale.

En mars 1991, une évaluation intérimaire du PSFD a été effectuée. L'équipe de l'évaluation, composée de deux cadres nigériens et de quatre contractants, a examiné les but et objectifs que le projet régional s'est fixés, les stratégies mises en place pour réaliser ces objectifs, les résultats acquis à ce jour et les éventuels résultats des activités financées dans le cadre du projet. L'équipe a également examiné le cadre institutionnel en pleine mutation et les intrants fournis par d'autres donateurs pour déterminer dans quelle mesure ils affectent la réussite du projet. Sur la base de leurs conclusions, l'équipe a formulé des recommandations qui font appel à des changements dans la stratégie, les niveaux de financement et la révision des objectifs.

Volet Santé Familiale:

Le volet "Santé Familiale" (VSF) est essentiellement une approche conventionnelle axée sur des cliniques qui vise à élargir la prestation des services de santé familiale au niveau des formations sanitaires publiques. Le VSF fournit une assistance technique à long et moyen termes dans le cadre d'un contrat

institutionnel; une formation à long, moyen et court termes; une formation technique; des biens d'équipements dont les contraceptifs, les véhicules, les équipements médicaux de base, les ordinateurs et les fournitures de bureau; appui aux coûts locaux, y compris les activités de gestion et de supervision; et appui à la recherche opérationnelle afin d'améliorer l'efficacité du programme et d'explorer la distribution des contraceptifs en dehors des cliniques.

L'équipe d'évaluation a affirmé dans son rapport que d'importants progrès ont été réalisés au titre du volet santé familiale quant au renforcement de la capacité de la DSF de planifier et mettre en oeuvre un programme national concernant la planification familiale.

La DPF a considérablement amélioré sa performance dans les domaines ci-après: gestion et planification de programme; formation technique; production du matériel concernant les informations, l'éducation et la communication (IEC); et les logistiques et la fourniture des contraceptifs. La DPF a su assurer une collaboration efficace avec les autres ministères compétents, notamment les Ministères de l'Education Nationale et des Sports et de la Jeunesse ainsi qu'avec d'autres partenaires dont le FNUAP et la Banque Mondiale. Ces derniers ont également contribué à la réussite du programme.

Les services de planification familiale sont actuellement disponibles dans les maternités, dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et dans les principaux postes médicaux au niveau de chacune des 39 circonscriptions médicales, avec plus de 140 postes de services de planification familiale dans l'ensemble du pays. La planification familiale gagne une acceptation de plus en plus croissante, notamment dans les villes et les centres urbains. L'accessibilité accrue de ces services constitue un facteur clé pour la grande acceptation de la planification familiale et les premières démarches ont été faites pour vulgariser les services de planification familiale en milieu rural. En général, les efforts déployés par les contractants des institutions pour renforcer la DPF ont connu un grand succès.

L'équipe d'évaluation a observé, cependant, plusieurs lacunes au niveau du volet "Planification Familiale". Elle a recommandé que, pour parvenir à un taux de prévalence d'utilisation des contraceptifs d'au moins 7% chez les femmes en âge de procréation, la stratégie de couverture devrait être modifiée pour aller au-délà des centres médicaux essentiellement basés dans les milieux urbains, les maternités et les PMI initialement ciblés dans le cadre du projet tout en prenant des mesures devant permettre de fournir des services de planification familiale accrus et ce, par le biais des postes médicaux, des dispensaires et des systèmes de prestation de services à base communautaire. Cela nécessiterait des ressources plus importantes et le renforcement du programme des Agents de Santé Communautaire qui est actuellement faible.

L'équipe a également identifié la nécessité d'améliorer l'efficacité de procéder à une intégration des services de planification familiale et de protection maternelle et infantile (PF/PMI) afin de renforcer et d'accélérer les activités de formation technique et celles ayant trait à la promotion et au développement du matériel. Par ailleurs, étant donné que le Gouvernement du Niger avait précédemment retiré son opposition à la vente et à la promotion des contraceptifs par le canal commercial privé, l'équipe a recommandé que le projet augmente son appui aux initiatives du secteur privé, particulièrement le marketing social des contraceptifs.

Compte tenu du fait que les services de planification familiale n'étaient fournis au Niger qu'en début des années 80 pour être légalisés en 1988, la présente évaluation a souligné l'importance d'un peogramme bilatéral ciblé bien financé et doté d'une assistance technique à long terme pour accoître l'acceptation et la disponibilité de la planification familiale. Cependant, les évaluateurs estimaient également que les services de planification familiale devraient être organisés, supervisés et fournis sur le terrain en tant que partie d'un programme intégré de santé. Etant donné que la DPF, sur le plan de l'organisation, est distincte du Ministère de la Santé Publique, cela pourrait constituer un grand problème; toutefois, la DPF a pu quand même collaborer efficacement avec le personnel de terrain du MSP grâce notamment à la formation et aux fonds fournis dans le cadre du programme. L'évaluation a mis un accent particulier sur la nécessité de diriger les ressources et les efforts essentiellement vers les niveaux régionaux à l'avenir.

Volet démographique

Ce volet a été conçu pour améliorer la qualité et la disponibilité des données démographiques et renforcer les compétences des techniciens et planificateurs en matière d'analyse et d'utilisation de ces données. Un recensement national a été effectué en 1988; ce volet assure l'assistance continue du Bureau Américain du Recensement au niveau du traitement, de l'analyse et de la diffusion des données du recensement. Il apporte également appui à l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) au Niger, la formation à court et à long termes dans différents aspects de la démographie et la mise en place d'un maximum de trois centres de documentation bénéficiant de l'appui en termes d'équipements et de publications.

Les évaluateurs ont noté que les réalisations au titre du Volet Recherche Démographique comprennent l'achèvement, avec l'importante assistance technique fournie par le Bureau Américain du Recensement, du traitement des données du recensement de 1992 et la préparation de ces données pour diffusion en janvier 1992; achèvement des travaux préparatoires pour l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) au Niger au titre de l'année 1992, la collecte des données sur le terrain étant pévue démarrer en février 1992;

et une formation à court terme pour plusieurs démographes et statisticiens du Gouvernement du Niger en recherche appliquée et méthodes statistiques, y compris plusieurs sessions organisées à Niamey. Avec l'appui du projet et d'autres ressources, la DSD a également réalisé des progrès dans l'élaboration d'une politique démographique nationale qui constitue une grande contribution aux objectifs du projet.

Les évaluateurs ont souligné les faiblesses caractérisant la capacité de la DSD (et celle de son ministère) d'entreprendre la collecte et l'analyse des données démographiques ainsi que sa capacité d'utiliser ces données à des fins de planification. Il a été observé au niveau de la DSD des conditions de travail très médiocres (locaux et équipements); le manque de personnel formé; un manque de planification et une programmation des études contradictoires etc...; le manque d'un programme pour développer et porter appui au centre de documentation; et le manque d'une capacité régionale devant permettre d'obténir et d'utiliser des données démographiques à des fins de planification et de programmation.

Le rapport d'évaluation a formulé plusieurs recommandations en vue de résoudre les problèmes mentionnés ci-dessus, en faisant appel à un appui substentiellement accru dans le cadre de ce volet afin de parvenir à un impact significatif. Il recommande une attention toute particulière au renforcement de la diffusion et de l'utilisation des données démographiques pour la planification au niveau régional, une planification des enquêtes et une utilisation des données existantes de manière plus rationnelle (telles les statistiques sanitaires) et le renforcement du système national des statistiques vitales.

Sur la base de l'évaluation et des discussions subséquentes entre l'USAID et le Gouvernement du Niger, l'USAID aimerait préparer un amendement de ce projet pour incorporer les principales recommandations formulées dans l'évaluation, prolonger la DAAP de deux années supplémentaires et augmenter la portée et le niveau du financement du programme. Le financement supplémentaire couvrira les modifications des activités et des plans inscrits au titre du "Volet Santé Familiale" et identifiés en tant qu'éléments nécessaires pour la réalisation des but et objectifs initialement prévus pour le projet. L'amendement apportera également plusieurs modificationa au volet "Démographie".

0425m

XD-ABG-412A

Executive Summary

1. The Evaluation

The midterm evaluation of the bilateral Niger Family Health and Demography Project (NFHDP) took place in March 1991. The project is a five-year effort by the Niger government and USAID to develop the government's capacity for family health service delivery and demographic research and analysis. The project agreement was signed in August 1988 with a planned contribution by USAID of $11.0 million. The family health component aims to strengthen the capacity of the Directorate of Family Planning (DPF), now situated in the Ministry of Social Affairs and Promotion of Women (MSA/PF), to implement an effective national family planning program (NFPP). The demographic and research component aims to improve the capacity of the Directorate of Statistics and Demography (DSD) in the Ministry of Plan and Regional Development (Ministere du Plan et du Developpement Regional -- MP/DR) to produce and disseminate demographic data for national and regional planning.

The purpose of the midterm evaluation was to

- Assess progress in project implementation, including impact to date;
- Identify changing context and current needs for revision of the project vis-a-vis a) relevance of project goal, objectives and defined outputs; b) adequacy of inputs and appropriateness of strategies adopted to meet objectives; and c) ways project partners (USAID, Niger government and contractors) are carrying out the project; and
- Recommend modifications to improve project performance, including new project objectives or elements or shifts in strategies. USAID also invited the evaluation team to comment on the possibility of an extension of the project implementation period beyond five years.

The evaluation was carried out by a multi-disciplinary team including two specialists, one from Niger's Ministry of Plan and Cooperation and the other from Niger's Ministry of Public Health. USAID furnished four specialists in the areas of project planning and management, family planning service delivery and training, information, education and communication (IEC), and demographic research and analysis. The evaluation team worked closely with the staff of the various service bureaus of DPF and DSD, as well as with the directors and staff of concerned services of the Ministry of Health (Directorates of Maternal and Child Health [DSMI], of Studies and Planning [DEP], of Health Care Facilities [DES], and of Education for Health [DEPS]) and the Ministry of Interior (Service d'Etats Civils). Field visits were made to the departments of Tahoua, Tillaberi, Maradi and Zinder where contact was made with department-level personnel (DSD regional coordinators) and chief health officers and health agents of numerous health facilities.

As part of the evaluation, the team took a broad look at the institutional setting of existing Niger organizations involved in demography and data collection (Chapter V). It surveyed demographic and data collection activities of the Ministry of Plan, the Ministry of Interior, the Ministry of Public Health (MSP) and the MAS/PF. It also reviewed assistance being provided by other donors.

The evaluation team appreciated the wholehearted collaboration it received from personnel of the government directorates and health facilities, from USAID, and from USAID's contractor, the University Research Corporation (URC). Findings of the evaluation are presented below by project component.

2. Family Health Component

2.1 Overall Performance

Considerable progress has been made in strengthening the capacity of the DPF to implement a family planning program throughout the country. Capacity has been increased in the areas of program planning, management systems, and contraceptive supply and logistics (Chap IID, IIE), in improving training programs (clinical and IEC), and in producing IEC materials to support the program (Chap IIB,IIC). Effective collaboration has been developed with other concerned ministries, including especially the MPS and the Ministries of National Education (MEN) and the Ministry of Youth and Sports (MJS), and with donors concerned with family health, especially USAID and UNFPA. The project has, however, experienced delays in implementation of about a year, and, with respect to development of an IEC program, even longer. It is currently scheduled to continue until July 1993.

Impact of the project cannot be separated from contributions from other donors (UNFPA and IDA/World Bank) and the private sector (including the National Office of Pharmaceutical and Chemical Products [ONPPC] and non-governmental organizations [NGO]) or from the impact of the socioeconomic setting (degree of urbanization, levels of schooling). Another difficulty for the evaluation was that the time span of 30 months was too short to observe measurable impacts toward the overall project goal of achieving population growth rates consistent with growth of economic resources and productivity. With respect to development of a family planning service delivery system and increasing contraceptive prevalence, the major findings were as follows:

- Family planning services are now being operated in all arrondissements and communes and departments. The number of centers has nearly doubled, growing to over 140 as of March 1991 from some 80 in mid-1988. Family planning is achieving increasing acceptance. Increasing accessibility is aiding this increased acceptance. Good urban coverage has been achieved. A beginning has been made in extending family planning services to rural areas (Chap IIA, III)

- Serious concerns remain about quality and utilization of existing family planning services and the need to increase accessibility of family planning services to rural women. These concerns exist in the context of a strong but frustrated desire by departmental and arrondissement health services to expand access to family planning services, particularly in rural areas, and to improve operations of existing family planning service points (Chap IIA,IIE).

- Couple years of protection (CY-P) provided through use of modern contraceptive methods have nearly doubled in the past two years, increasing from about 20,000 in 1988 to about 38,000 in 1990. The CY-P obtained in 1990 was close to the level targeted for 1989 in the project paper. Contraceptive prevalence is estimated to have

reached about 10 percent in urban areas and is estimated at about 0.5 percent in rural areas.

2.2 Problems Observed: Needs for Revision

2.2.1 Service Delivery

Objectives and Strategies

The service delivery objectives set forth in the project agreement require modification. The original plan to introduce family planning services in 146 service points (medical centers, maternities, and maternal and child health [MCH] centers) was found to have been based on an overestimate of the numbers of such facilities that were providing services, since medical centers do not independently provide services but simply house maternities and/or MCH centers. Subtracting the medical centers leaves a total of about 106 facilities that provide services, mainly in urban or semi-urban areas. The fact that fewer service delivery points than anticipated were actually being targeted throws into question the initial objective of reaching 116,000 active users (or 7 percent of women of reproductive age [WRA]) by the end of project. This large a number could not be reached through so small a number of centers. At the same time, however, DPF and the regions have gradually been including lower-level facilities (health post and rural/urban dispensaries) in the program, thus increasing coverage in urban areas and extending services to rural areas. This gradual increase in numbers of service points, together with the potential for increasing the use of existing centers, makes it feasible to envisage an acceleration of annual increases in CPR which could lead to a national CPR of 20 percent by the year 2000, which is the goal being established in the national population policy. Other positive elements are opportunities for private sector initiatives, particularly the development of a social marketing program, and for community-based distribution (CBD).

In view of these considerations, USAID and the government should establish more realistic objectives, year by year, in terms of number of contraceptors and annual increases in the CPR and for utilization of existing family planning service points and establishment of new service points. The definition of objectives should take into account the three new developments described above:

- The recently defined national goal of 20 percent by the year 2000;
- The large potential for accelerating annual increases in the CPR as the program gains momentum; and
- Opportunities for private sector initiatives, particularly through the development of a social marketing program.

A scenario for achieving the year 2000 goal is outlined in Chapter III and in Annex 9.

Changes in objectives will require changes in strategy as well, and here other government moves will need to be taken into account. The most important is that the DPF has been mandated to promote CBD by integrating family planning into activities of village health teams and has already undertaken a number of initiatives in that regard in planning for several regions. Therefore, the Project should define CBD objectives over its life, and regions should take into

account the opportunity to use village health teams in planning their family planning programs. Two other changes in the government's approach need also to be taken into account: the move to decentralize health planning (starting in 1991 in Zinder) and the establishment (in 1989) of a separate MSA/PF and to include within it the FPA.

Problems

Service delivery is experiencing difficulties due to insufficient numbers of trained personnel, lack of IEC, and lack of financial inputs into, and slowness in, mobilizing regional programs. In particular, there are needs to

- Improve quality of service in existing centers. This includes continuity of presence of trained providers; improved counseling and information to families and individuals; increased choice of alternative effective methods; accessibility of family planning services; supervision to ensure quality of care; and improved follow-up of dropouts. There is also a need to encourage and support increased availability of IUDs and injectables.

- Strengthen supervision and support of service providers by developing and improving regional capabilities (decentralization and financing) and by improved work planning and scheduling and by integrating supervision and monitoring of health delivery programs. (Supervision should be recognized as a horizontal program responsibility of regional and arrondissement health managers for the health delivery system and not as part of vertical programs.)

- Provide reliable data on family planning clientele, including data on total number of users and on dropouts (data on users expected to become available on quarterly basis starting in 1991).

2.2.2 Training

The following problems and needs have been identified (Chap IIB):

- Too few trained family planning service providers are available to operate existing centers and to install new service points. The deficit is often due to transfers of trained staff without prior arrangements to assign trained replacements.

- Too little training for family planning service delivery and management staff at regional level (needed expansion subject to strengthened regional supervision). Need to accelerate decentralized training by training of trainers.

- Need for MSP and the National Center for Family Health (CNSF) to collaborate with DPF in agreed procedures for selection of candidates for family planning training.

- Need to promote pre-service training in context of curriculum changes being planned at the three health schools, particularly as concerns the Faculty of Medicine.

- Need to make provision in the NFHDP for support to family life education through providing training of trainers and training materials that support activities being developed by the MEN and the MJS.

2.2.3 IEC Program

Serious delays have occurred in project plans for the implementation of the IEC program. The current program and strategies need revision and increased inputs for training and for regional/arrondissement programs to be incorporated in the annual DPF workplan and budget. Suggestions for revision of strategies and objectives are detailed in Chapter IIC. The major needs are as follows:

- The IEC Bureau of DPF needs to be strengthened and revitalized.
- The schedule for IEC training needs to be accelerated and decentralized to provide for IEC training sooner, for many more health and social affairs agents (and trainers) than now planned.
- Priority should be given to action to developing departmental IEC programs (as part of overall regional family planning programs in 1991).
- Regional programs should be supported by mass media IEC.

2.2.4 Logistics

Overall, progress in implementing a logistics supply system has been satisfactory. The following problems and needs have been identified:

- Lack of a mechanism for periodic coordination and review of contraceptive supply requirements and effectiveness of the distribution system (DPF is proposing to establish a coordinating committee with donors in 1991).
- Need for USAID to review contraceptive supply orders for 1991 in terms of requirements for end-of-year stocks and 1992 projected consumption.
- Need to study and find solutions for funding costs of internal delivery of contraceptive and other family health supplies (proposals for such a study were initiated by URC during the team's visit).

2.2.5 Funding and Financial Management

The lack of funding for local costs is a serious constraint. The amount of funding available through the URC contract is unclear but is clearly insufficient. Even with supplementary funding (by the contract amendment that USAID is processing), financing required for local costs (to include amounts needed for eight regional programs for at least 2 to 3 years), appears inadequate. A review is needed to determine the financial requirements to cover local costs with respect to training, IEC supply, logistics and supervision, and regional procurement for equipment and material (as provided in the project agreement).

With respect to financial management, procedures in effect appear to be well designed to meet URC and USAID requirements, but not well adapted to GON needs. Suggestions to provide DPF better oversight and understanding of project funding and financial management are set forth in Chapter IID.

2.3 Recommendations

Detailed recommendations are presented in Chapter II. Summary recommendations as presented in Chapter IV are as follows:

2.3.1 Service Delivery and Logistics

- DPF should accelerate development of regional family planning service delivery programs that address problems of supervision, internal supply, local procurement, and regional IEC and training and problems of quality control and underutilization of existing centers as well as establishment of new service points; and that mobilize local energies and support for child spacing.

- During 1991, DPF should develop workplans, covering a two- to three-year time frame, with the seven regions and the Commune of Niamey. These should include strengthened supervision for service delivery (quality of care, counseling and productivity of existing centers); service delivery system expansion (new service points in high population density areas); and regional IEC efforts. Required resources for each region should be covered in the plan.

- DPF and DEP should reinforce their collaboration to ensure collection and forwarding of required family planning data to the DEP and to obtain timely quarterly and annual reports starting in 1991.

- DPF should establish a coordinating committee on contraceptive supply and distribution (as planned by DPF in 1990).

- USAID should review plans for contraceptive procurement in 1991 and 1992, with a view to possible needs including a decrease in quantities of IUDs and increases in the quantities of pills and conceptrol to be provided.

- DPF should determine needs for supply of clinical equipment and supplies for the establishment of new centers.

2.3.2 Training

- DPF, i.e., the Training Office of DPF in collaboration with the Service Delivery Office and the Monitoring Office, should develop training at the departmental and arrondissement level. DPF should implement the training of trainers program as planned in 1991 with a view to decentralizing initial family planning training by assisting departments (or groups of departments) to program and implement their own training in accordance with their own needs.

- DPF should accelerate supervisory training and plan a substantial increase above the initial project objectives in the number of supervisory personnel to be trained.

- DPF should continue to collaborate with the health schools and Faculty of Medicine for pre-service training in family health and family planning in the context of planned changes in the curricula of these schools. USAID and the government should make provision for additional resources in support of this process.

- DPF should continue its collaboration with the MEN and the MJS for family life education in schools and through non-formal training, by providing assistance for training and educational materials for educators and trainers.

2.3.3 IEC

DPF should

- Strengthen and revitalize its IEC Bureau.

- Increase use of local and expatriate consultants and contractors to prepare IEC materials (posters, bill boards, radio spots) for the national level and for community programs and to organize and execute IEC programs (media campaigns).

- Reorient the IEC program to provide for interface with, and support for, regional personnel including supervisors, health agents and social agents.

- Encourage and help departments formulate multi-year regional programs based on identification of problems and needs related to IEC.

- Accelerate the schedule for IEC training and decentralize this training.

- Encourage the CNSF to use a) the IEC training module in training family planning clinicians and b) the IEC training curriculum in courses on IEC.

- Continue to collaborate with DSMI and DEPS in monitoring and supporting regional IEC programs and activities.

- Develop an IEC strategy oriented toward men.

- Develop strategies and activities for mass media, including radio and TV, with implementation starting in 1991/92.

2.3.4 Funding and Financial Management

USAID and DPF should

- Review financial requirements to cover local costs with respect to training, IEC supply, logistics and supervision, and regional procurement for equipment and material (as provided in the project agreement).

- Improve system for GON oversight and financial management of the project by

  - Establishing a system whereby the Directrice of DPF or her deputy or designated agent approves each expenditure of local funds for such specified activities as an IEC program or a training course.

  - Revise the financial report attached to the DPF quarterly report prepared with URC to provide a more detailed breakdown of expenditures in a more understandable format, in order to conform better to GON requirements for monitoring expenditures under the project.

2.3.5 Relevance of Project Objectives and Defined Outputs: Appropriateness of Strategies and Adequacy of Inputs

USAID and the government should revise the log frame and amend the project description in the Project Agreement as follows:

- Increase the life of the project by two to three years to accommodate delays in implementation and to take advantage of opportunities to accelerate program momentum and achieve significant gains in service delivery and CPRs.

- Revise objectives for contraceptive prevalence, numbers of WRA practicing family planning and number of centers, taking into account (a) national population policy and the contraceptive prevalence target for 2000; (b) opportunities to accelerate development of the service delivery system; (c) activities to introduce social marketing and CBD; and (d) the proposed extension of the life of project.

- Define targets for CBD by village health teams and social marketing.

- Revise planned inputs and defined outputs taking into account changes in objectives, strategies and life of project.

These changes should

- Reflect changes in strategy (rural push and decentralization, CBD, social marketing).

- Reflect organizational changes in the government (inclusion of DPF within MAS/PF).

3. Demography Component

3.1 Overall Performance

USAID inputs in the form of short-term technical assistance, short-term training, and equipment and supplies (furnished by the U.S. Census Bureau [BuCen]) have helped DSD considerably in processing the 1988 census data and in preparing these data for publication.

The results of the 10 percent sample were published in preliminary form in December 1989 and the final results became available in draft form toward the end of 1990. The delay of nearly a year was due to the need to review and correct processing of the 10 percent sample. There were also delays in carrying out the post-enumeration survey (PES) designed to test the quality of the census. The PES and the processing of the 100 percent sample are expected to be completed by April 1991. The publications of the census data (a national volume, regional volumes, a methodological volume, and a listing of all geographical localities in the country) are scheduled to be published during 1991. USAID is planning to finance costs of publication under the Project.

Work on nine analytical studies, to be based on the census data and other available data, has been assigned to DSD staff members and is scheduled to be carried out during 1991. Without additional technical support, however, DSD staff assigned to these studies will have difficulty in completing and preparing them for publication on schedule. The nine studies cover the following topics: age structure, population distribution, fertility, mortality, marital status, social-cultural characteristics of the population, economic activity of the population, and enumeration and analysis of population in collective quarters (e.g., hospitals, prisons, etc.)

DSD, with the help of an expatriate advisor furnished by French Fund for Assistance and Cooperation (FAC), has prepared an excellent database that provides information on every locality in the country (some 24,000). This database is derived from the cartographic updating carried out in preparation for the census. DSD has also designed an extended locality database which will provide integrated information on education, health, population, housing, agriculture, livestock, transport, and water supply for every locality in the country. It has not yet been possible to begin work on this second database, due to lack of resources. The hope is that it can be prepared for publication during 1991.

Implementation of the National Demographic and Health Survey (NDHS), which has very high priority as a basis for evaluation and planning for the family planning program, is about one year behind schedule but should be carried out early in 1992. Further delays may be experienced, however, given the very large volume of other demographic surveys and work being considered by DSD as against the limited staff resources and capabilities it has to carry out its tasks.

Very little progress has been made in establishing centers of documentation. DSD's Center for Documentation and Dissemination (Centre de Documentation et de Diffusion -- CDD) needs additional equipment, documentation, space, and staff to become effective. Likewise, there has been no progress in establishing a documentation center in the University or in establishing a third center as suggested in the project agreement. Plans have not yet been formulated for dissemination of demographic data, for encouraging their use for development planning, or for related training.

On the other hand, DSD has made good progress in formulating a national population policy, using assistance from USAID under the related OPTIONS project and from other donors (particularly UNFPA). In March 1991, the draft policy document was reviewed, revised and strengthened by a national committee, which recommended that it be adopted by the National Assembly.

The documentation produced over the past year or two, together with the discussions on the need for a policy at the national and regional levels, constitute major contributions to the project objectives.

Current project funding for the demography component amounts to about $1.0 million of which about $280,000 is for BuCen technical assistance, workshops and equipment (mostly expended); $530,000 for the NDHS; $50,000 for equipment; and $130,000 for training and study missions.

3.2 Problems Observed: Needs for Revision

The original project objectives remain valid:

- to develop a national demographic database.
- to enhance the capacity of the MP/DSD to produce viable data, research and analysis, and to disseminate data.
- to encourage use of demographic data for improved development planning.

With currently planned inputs, however, the project is able to contribute only marginally to the goal of building the capacity of the MP to conduct demographic research and analysis and to use demographic data for national planning. The MP's capability in this regard is now weak and is unlikely to improve with the inputs planned under this project or known to be programmed from other sources.

In particular, a program is needed that will help the DSD strengthen its three offices concerned with production, dissemination, and use of demographic data: the Office for Demography (Service de la Demographie); the Office for Surveys (Service des Enquetes); and the CDD. The Office for Demography includes two services: the Central Census Bureau (BCR) and the Unit for Demographic Studies for Development (UEDD). The BCR has received considerable support under the project. The UEDD has been receiving support from the UNFPA and to some extent from the USAID OPTION's project. A coordinated assistance effort over several years will be required to strengthen the capacity of all these offices to function effectively.

The problems that must be addressed have been outlined in part four of Chapter V:

- Poor working conditions: inadequate space, equipment, supplies and documentation.
- Lack of planning and scheduling by DSD for production and distribution of demographic data, in particular with respect to a large number of externally funded surveys being planned; DSD neither plans to use nor exhibits interest in using existing in-country sources of demographic data (for example, health statistics).
- Lack of a plan and program to develop the CDD; lack of a plan to disseminate demographic data widely; lack of regional capacity to obtain and use demographic data for planning and programming.

- Lack of adequately trained staff.

The government's capacity to collect and use vital statistics as a source of demographic data (on births, deaths, marriages) for planning was found to be weak. Data is currently collected by the Vital Statistics Department of the Ministry of Interior, but under a recent decision, DSD will become responsible for analysis of these statistics. In Niger, as in most African countries, the system for collecting vital data is underfinanced; a considerable investment is required to finance development of the system and several years are needed before useful information can be collected from it. Over the long run, however, vital statistics collection is less expensive than the use of demographic surveys. Moreover, because a vital statistics system is the only means of continuous monitoring of population changes, its development is seen as an indispensable part of a program to produce demographic data. The time required to collect useful data can be reduced somewhat by concentrating initial development of the system in areas where collection appears easiest or most effective. In Niger, these areas appear to be in the Department of Diffa and in the Commune of Niamey.

3.3 Recommendations

A project revision is recommended that will include the changes in strategy, planned outputs, and defined inputs needed to meet the objective of increasing the capacity of the Ministry of Planning to provide demographic data for improved development planning. As part of the process, a coordinated review of inputs will be needed involving the government, USAID and other concerned donors, including UNFPA, FAC and the World Bank.

In general, the revision needs be designed to help the government, in concert with other donors, to do the following:

- Improve working conditions and productivity in the three offices of the DSD concerned with demographic data production and use.

- Develop a realistic workplan and program; establish a coordinating committee including government representatives, technicians and donors to establish priorities and funding levels. Priorities should include the census studies, the NDHS, and the extended localities database.

- Develop documentation and diffusion centers, especially the CDD and the offices of the Regional Planning Directors (DDP);

- Continue and intensify coordinated training of DSD staff.

The project revision should take into account the detailed observations and recommendations set forth in chapter V. Some of the following recommendations concern the NFHDP in particular, whereas others should be considered by the government of Niger and other donors.

3.3.1 The Census

- Nine Analytical Studies: Additional technical assistance should be programmed to assist staff of the DSD to complete the nine analytical studies based on the census. Consultancies of about three weeks on each topic would appear appropriate.

- Locality Database: Project inputs should be considered to ensure publication, use and maintenance of the locality database. A coordinated approach should be undertaken with FAC with a view to continuing a FAC advisor position. USAID assistance in the form of equipment and supplies and local costs should be programmed. Inputs required are estimated at 35 million CFA ($140,000) the first year, and 20 million CFA ($80,000) for annual maintenance and use of the system.

- Dissemination of Census Results: Dissemination should not be limited to the publication and distribution of written census reports. To better serve potential users, the following actions are critical:

  - Develop computerized information on diskette covering principal tables giving national and regional data and lists of localities.

  - Provide computer-based databases for the offices of all the DDPs and give training to DDPs in the identification of statistical needs for his or her department and in computer use.

- Organize a users' service that would provide census data on request. Publicize this service, for example, in the DSD newsletter "Population Information." Also prepare and distribute maps and information on literacy, school enrollment, and health.

3.3.2 Practical Research (recherche-action)

The DSD's UEDD needs to be strengthened in order to carry out a program of studies and research. The following actions are recommended:

- Provide additional staff, equipment, supplies, resources, and space to the UEDD to enable it to carry out its program.

- Measures should be taken to improve documentation, particularly from English language sources, as well as to provide computers and other office equipment and supplies. Careful work planning and activity scheduling will be essential.

Detailed recommendations are presented in Chapter V(C)(2). These include

- DSD demographers should be used in different sectors to explain the value of collecting and using demographic data.

  - For example, they could explain to health personnel the importance of data collected by health agents for demographic analysis (e.g., vital statistics), or the importance of other of their records (e.g., client files, registers maintained by maternities, and tally sheets) for health care and for the National System of Information on Sanitation (SNIS) to develop data on infant and maternal

mortality. They could show health personnel how to use demographic data in their planning;

- Or, they could suggest using annual Ministry of Education surveys to collect data on mortality (of siblings, parents).

- The demographers could develop new, cost-effective strategies for collecting and analyzing demographic data (e.g., collecting data on nomadic populations).

- DFP and DSD should utilize demographic studies for information on family health planning and programming to supplement information provided by the NHDS (e.g., to identify opportunities for developing health services using community-based approaches). University graduate students and social agents could be used on an experimental basis to develop these village monographs (e.g., as is done in Senegal).

3.3.3 Documentation and Dissemination

Of great importance is the need to develop a policy and strategy for dissemination of demographic data. A particular effort needs to be directed to strengthening the CDD and using the Regional Planning Offices.

The project should consider taking the following steps:

- A documentalist should be recruited for the CDD, perhaps after a study mission to Togo to the Lome Demographic research Unit (URD) and possible assignment of a URD documentalist to the CDD.

- Increase sources of documentation and reference materials available to CDD, in particular its English-language reference documentation, together with improving English language skills of CDD staff.

- Provide additional space for CDD, at least a second (large) room, to allow for both stocking reference materials and documentation and for reading and study.

- Provide CDD with computer equipment for its documentation database and for wordprocessing together with high quality printing equipment and voltage stabilizers.

- Funds are needed to cover costs of operating the center, supplies, correspondence and maintenance. The budget should permit CDD to function as a center for outreach and dissemination of demographic data, as well as a storage and referral point for demographic documentation.

- Until CDD becomes a fully formed resource for demographic data, its demographers should have access to existing networks such as RESADOC and POPIN-AFRICA. A study for providing such a network(s) resource should be undertaken at an early date.

- The CDD should inventory available software programs and provide a repository for reference books and manuals on their use, for reference and study. Back-up copies should also be available. CDD should also be able to provide up-to-date information on new software.

3.3.4 Vital Statistics

The following actions are recommended:

- A program to develop useable data for particular regions or zones should be further explored, perhaps in consultation with the Study Center for Population and Development (CERPOD), which has experience in this area.

- An audit of the existing system for collection of vital statistics should be carried out to prepare a plan for required development and assistance. (FAC assistance in this area should be explored.)

- When the Ministry of Interior turns over to MP/DSD the responsibility for processing raw vital statistics, data for 1988 should be processed to provide comparisons with data collected by the census. An expert should be found to review this work (a two-week consultancy should suffice). The processing of 1988 data should be accomplished before the audit of the existing collection system is carried out.

- A multi-disciplinary team should undertake research to develop an understanding of how to make the statistics-gathering system work, including how to motivate vital statistics agents and the population. IEC may be one way to accomplish this motivation. The research team should include demographers, sociologists, jurists and health specialists.

XD XD-ABG-412-B
83346

7732 S
INT E

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA PROMOTION DE LA FEMME
DIRECTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

EVALUATION A MOYEN TERME

PROJET SANTE FAMILIALE ET DEMOGRAPHIE

NG

NIAMEY, MARS 1991

TABLE DES MATIERES

Rapport de l'équipe d'évaluation du Projet Santé familiale et Démographie

i. Table des matières
iii. Liste des abréviations
vi. Liste des figures
vii. Liste des annexes
viii. Liste des personnes contactées

RESUME ANALYTIQUE x

I. Introduction 1

II. Volet Planification familiale 4

A. Prestation de Services de PF 4
B. Formation 12
C. Information, Education et Communication 23
D. Organisation du Programme national de PF, élaboration des techniques de gestion et recherche opérationnelle 39
E. Approvisionnement en produits contraceptifs et système logistique 51

III. Impact du projet de planning familial 58

A. Impact en termes de développement du système de prestation de services de planning familial 58
B. Composante démographique 63

IV. Conclusions, questions spécifiques posées à l'équipe d'évaluation et recommandations 66

V. Volet Démographie 76

A. Rappel des objectifs de la mission 76
B. Institutions ayant une activité en matière de Démographie 76

B.1 La Direction de la Statistique et de la Démographie du Ministère du Plan et de la Planification régionale 76

- Le BCR 81
- L'UEDD 83
- Le CDD 92

B.2 Le Ministère de l'Intérieur 93

B.3 MSP - MAS/PF 96

C. Recommandations 96

C.1 Le recensement 97

C.2 La recherche-action 97

C.3 La documentation et la diffusion 98

C.4 L'état civil 99

D. Conclusion: un retour au cadre logique 100

BIBLIOGRAPHIE 105

28

LISTE DES ABREVIATIONS

AAS	Aide Agent Social
AHA	Aide Agent Hygiène
AS	Action Sociale
AUS	Agent de Santé Villageois
BCR	Bureau Central du Recensement
BUCEN	Bureau du Recensement (USA)
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDD	Centre de Documentation et de Diffusion
CEPED	Centre Français sur la Population et le Développement
CERPA	Centre d'Etudes et de Recherche sur les Populations Africaines
CERPOD	Centre d'Etude pour la Population et le Développement
CFR	Centre de Formation et de Recyclage
CIDES	Centre d'Information et de Documentation Economique et Sociale
CILSS	Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la Sécheresse au Sahel
CFR	Centre de Formation et de Recyclage
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CLA	Chef lieu d'arrondissement
CM	Centre Médical
CNSF	Centre National de Santé Familiale
CONAPO	Comité National sur la Population
CTP	Conseiller Technique Principal
CTIP	Comité Technique Interministériel sur la Population
CYP	Couple Année de Protection
DAAF	Directions des Affaires Administratives et Financières
DAS	Direction des Affaires Sociales
DCF	Direction de la Condition Féminine
DDS	Direction Départementale de Santé
DDP	Direction Départementale du Plan
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DES	Direction des Etablissements de Soins
DFEPS	Direction de la Formation et de l'Education pour la Santé
DHMM	Direction de l'Hygiène et de la Médecine Mobile
DIS	Division des Infrastructures Sanitaires
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DPF	Direction de la Planification Familiale
DSD	Direction de la Statistique et de la Démographie
DSMI	Direction de la Santé Maternelle et Infantile
DQ	Dispensaire de Quartier
DR	Dispensaire Rural
DSD	Direction des Statistiques et de la Démographie
DSI	Direction des Statistiques et de l'Informatique
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger

EMIJ	Enquête sur la Mortalité Infantile et Juvénile
ENICAS	Ecole Nationale des Infirmiers Certifiés et des Agents sociaux
ENMM	Enquête Nationale sur la Mortalité et la Morbidité
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPS	Education pour la Santé
ESV	Equipement de Santé Villageoise
FAC	Factulté de Médecine
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération (France)
FEAP	Femmes en Age de Procréer
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unions pour les Activités de Population
FMAP	Femmes Mariées en Age de Procréation
GON	Gouvernement de la République du Niger
IA	Infirmier Auxiliaire
IC	Infirmier Certifié
IDE	Infirmier d'Etat
IEC	Information, Education, Communication
IFORD	Institut de Formation et de Recherche en Démographie (Yaoundé)
IGN	Institut Géographique National
INTRAH	Program for International Training in Health
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ITS	Ingénieur des Travaux Statistiques
IUD	Dispositif Intra-Utérin
IUSSP	International Union for the Scientific Study of Population
KAP	voir CAP
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MICH	Soins Maternels et Infantiles
MI	Ministère de l'Information
MIS	Management Information System
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
Mo	Méga-octets
MP/MR	Ministère du Plan et du Développement Régional
MSF	Médecins sans Frontière
MSP/AS/CF	Ministère de la Santé publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine
MAS/PF	Ministère des Affaires sociales et de la Promotion féminine
NFHDP	Niger Family Health and Demographic Project
OMS	Organisation Mondiale de la Santé WHO
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PES	Enquête Post-Censitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination.
PF	Planification Familiale
PM	Poste Médical
PMI	Protection Maternelle et Infantile

PNADD	Plan d'Action National pour le Développement de la Démographie
PROAG	Convention ou Accord de Financement
REDSO	Agence Régionale pour le Développement Economique (Américain)
RGP	Recensement Général de la Population
SF	Santé Familiale
SMI	Soins Maternels et Infantiles
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
STD	Maladies Sexuellement Transmissibles
TA	Assistance Technique - Technical Assistance
TOT	Formation des Formateurs
TSSO	Technicien Supérieur en Soins Obstétricaux
TSSI	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers
USAID	USAID. Mission du Niger
UEDD	Unité d'Etudes Démographiques pour le Développement
URD	Unité de Recherche en Démographie (Lomé)
ZD	Zone de Dénombrement

LISTE DES FIGURES

Figure II1: Attributions de la DPF 44

Figure II2: Organigramme 1991 de la PPF 50

Figure III4: Distribution des contraceptifs au Niger 60

32

LISTE DES ANNEXES

1. Description de Travail
2. Cadre logique (Résumé de la Conception du Projet)
3. Le plan d'évaluation concernant le Projet Santé Familiale et Démographie au Niger
4. Liste de personnes contactées
5. Rapport de la Visite de Terrain-Mission d'évaluation à moyen terme
6. Le rapport d'activités de la Direction de la Planification Familiale
7. Projet de Déclaration de Politique de Population (approuvé par le Comité National le 27 Mars 1991)
8. Données sur les sorties des produits contraceptifs, 1988-1990
9. Scénario : évolution de la prévalence contraceptive au Niger, 1991-2000
10. Target Setting Model (Modèle prévisionnel de la population cible en matière de PF
11. Estimation de l'influence de la prévalence contraceptive sur le taux de natalité
12. Programme d'appui à la planification familiale (FNUAP) : plan de mise en oeuvre de l'année V 1991
13. Rapport d'activités 1990 du BCR
14. Programme d'activités 1991 du BCR
15. Rapport d'activités 1990 de l'UEDD
16. Programme d'activités 1991 de l'UEDD
17. Liste des tableaux du RP
18. Fiche technique sur le fichier des localités
19. Bordereau de saisie du CDD (Centre de Documentation Démographique)
20. Exemplaire de POP-INFO
21. Note technique sur l'ESDN (Enquête Démographique et de Santé au Niger)
22. Liste de la documentation disponible au CEPED (Paris) sur le Niger
23. Fiches statistiques standards destinées aux formations sanitaires
24. Note d'information sur le CERFA
25. Bibliographie

LISTE DES PERSONNES CONTACTEES

(à completer)

DPF

Dr. Maidouka Halimatou	Directrice
Mme Dejean Irène	Directrice-Adjointe
M. Mariko Souleymane	Chef de la Formation
M. Mato Seydou	Bureau de la Formation
Mme Chaponnière Paulette	Conseillère en Formation
Mme Sekou Mariama	Chef IEC
Mme Hachimou Zara	Adjointe IEC
Mme Kenney Asta Maria	Conseillère IEC
Mme Van Zanten Tisna	Conseillère recheche o.
Mme Amadou Kadidia	Bureau Statistique
Mme Issoufou Sahadatou	Bureau Suivi et Eval.
Mme Kane Fanta	Chef de la Logistique
Mme Boubacar Zeinabou	Bureau de la Logistique
M. Emmet William	Conseiller en gestion

USAID

M. George Eaton	Directeur
Oumadou Adamou	Directeur adjoint DSMI, MSP
John Izard	Conseiller technique DEP, MSP
Mato Seydou	Bureau de formation DPF
Maidouka Halimatou	Directrice, DPF
Susan Fransworth	Directrice adjointe CARE International, Niger
Safratou Alhassane	DSMI, MSP
Djato	Directrice du CNSF
Agbessi Laure	Responsable de l'IEC, CNSF
Bachir Sabo	Directeur de la Division de l'Education pour la Santé
Soumana	Responsable de l'IEC, Programme de Lutte contre le SIDA
Mariko Souleymane	Directeur de la formation et de l'IEC, DPF
Paulette champoniere	Conseillier technique en formation
Yacouba tchernaka	Directeur du CIDES et conseiller technique auprès du Ministre du Plan pour les problèmes démographiques
Idrissa Alichina	Directeur de la DDS
Amadou Ide	Directeur de l'état civil, Ministère de l'Intérieur
Zourkaleini Younoussi	Directeur adjoint UEDD
Ousseini Hamidou	Chef du service des Enquêtes DDS
Mostapha Benzine	Directeur du FNUAP Niamey
Garba Bassirou	UEDD

Moussa Ide	UEDD
Mourou Alidou	UEDD
Adamou Bouzou	UEDD
Moustapha Mahamane	UEDD
Diallo Issaka	UEDD
Abdoul Razaou	BCR
François Bigaud	BCR, coopérant français
Nguyen Tinh Nghia	CTP FNUAP à l'UEDD
Bohari Nassamou	CDD
Amadou Kimba	CDD
Amadou Harouna	CDD
Mme Bouba Hadiza	Sage-femme PMI de Yantala
Mme Kamed Tidder	Sage-femme PMI de Yantala
Mme Sow Salamadou	Sage-femme PMI de Yantala

RESUME ANALYTIQUE

1. L'évaluation

L'évaluation à mi-parcours du Projet bilatéral USAID-Niger de santé familiale et démographie (PSFD) a été réalisé en mars 1991. Ce projet quinquennal entrepris par le Gouvernement nigérien et l'USAID vise à renforcer les capacités du Gouvernement sur le plan prestation de services de santé familiale ainsi que sur le plan recherche et analyse démographiques. La convention du projet a été signée en août 1988, prévoyant une contribution de 11 millions de dollars américains de l'USAID. Le volet santé familiale vise à doter la Direction de la planification familiale (DPF), située à présent au sein du Ministère des Affaires sociales et de la Promotion féminine (MAS/PF), de la capacité nécessaire pour réaliser un programme efficace de planification familiale sur le plan national. Le volet démographique et recherche devrait permettre à la Direction des statistiques et de la démographie (DSD) du Ministère du Plan et du Développement régional (MP/DR) de mettre sur pied et de diffuser des données démographiques pour la planification nationale et régionale.

Cette évaluation à mi-parcours avait pour objet de:

o Evaluer les progrès dans la mise en oeuvre du projet, notamment les résultats obtenus jusqu'à présent;

o Juger des changements de contexte et des besoins actuels demandant que l'on revoie le projet du point de vue a) pertinence du but, objectifs et résultats escomptés; b) adéquation des moyens et stratégies adoptés pour atteindre les objectifs; et c) approche d'exécution adopté par les partenaires du projet (USAID, Gouvernement du Niger et contractants) et;

o Recommander des modifications aux fins d'améliorer les résultats du projet, notamment nouveaux objectifs ou éléments ou encore nouvelle orientation dans les stratégies. L'USAID a également demandé à l'équipe d'évaluation de commenter l'éventuelle prorogation du projet au-delà des cinq ans prévus.

L'évaluation a été réalisée par une équipe multidisciplinaire dont deux spécialistes, l'un du Ministère du Plan et de la Coopération du Niger et l'autre du Ministère de la Santé publique, du Niger. L'USAID a fourni quatre spécialistes dans le domaine de la planification et gestion de projet, prestation de services et formation en planification familiale, information, éducation et communication (IEC) ainsi que recherche et analyse démographiques. L'équipe de l'évaluation a travaillé en étroite collaboration avec le personnel des divers bureaux de la DPF et de la DSD, ainsi qu'avec les directeurs et le personnel des services concernés du Ministère de la Santé (Direction de la santé maternelle et infantile) (DSMI), des études et de la

planification (DEP), des établissements de soins (DES) et de l'éducation pour la santé (DEPS) ainsi que du Ministère de l'Intérieur (Service d'Etats civils). Des visites sur le terrain ont été faites dans le Département de Tahoua, Tillaberi, Maradi et Zinder où l'on a pris contact avec le personnel au niveau départemental (coordinateurs régionaux de la DDS), ainsi qu'avec les médecins chefs et les agents de santé de nombreux établissements sanitaires.

Dans le cadre de l'évaluation, l'équipe a passé en revue le contexte institutionnel des organisations nigériennes participant aux études démographiques et à la collecte de données (Chapitre V). L'on a également examiné les activités démographiques et de collecte de données du Ministère du Plan, du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de la Santé publique (MSP) et du Ministère des Affaires sociales et de la Promotion féminine (MAS/PF). Enfin, l'on s'est penché sur l'assistance apporté par les autres bailleurs de fonds.

L'équipe de l'évaluation est reconnaissante de la gracieuse assistance apportée par le personnel des directions et des établissements sanitaires, de l'USAID, du contractant de l'USAID et de l'University Research Corporation (URC). Les résultats de l'évaluation sont présentés ci-après par volet du projet.

2. Volet santé familiale

2.1 Résultats en général

L'on a enregistré de nets progrès sur le plan renforcement de la capacité de la DPF à réaliser un programme de planification familiale sur l'ensemble du pays. Les capacités ont été renforcées dans les domaines de la planification de programme, systèmes de gestion ainsi que logistiques et approvisionnements en contraceptifs (Chapitres IID, IIE), sur le plan programmes de formation (clinique et IEC) et dans la réalisation de matériel d'IEC comme moyen pour soutenir le programme (Chapitres IIB, IIC). D'efficaces liens de collaboration se sont forgés avec d'autres ministères concernés, tout notamment le MSP, le Ministère de l'Education Nationale (MEN) et le Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) ainsi qu'avec d'autres bailleurs de fonds participants à la santé familiale, dont l'USAID et le FNUAP.

La DPF a fait beaucoup de progrès au niveau de l'organisation du programme de PF et de la planification et la gestion des activités du programme, ainsi qu'au niveau de l'extension de la prestation de services de PF sur l'ensemble du pays.

Dans l'évaluation du progrès du projet, il faut tenir compte du temps actuel dont le projet a contribué aux activités de la DPF. Bien que la signature de la convention de projet était en août 1988, l'USAID n'a pu mettre en place le premier membre de l'équipe d'assistance technique avant septembre 1989 et les deux autres en décembre 1989 et avril 1990. Pour le moment, il est prévu que le projet continue jusqu'à juillet 1993.

L'évaluation du projet à mi-parcours s'est fait, donc, suivant 30 mois d'activité. A ce stade, l'équipe d'évaluation a pu faire l'évaluation à deux niveaux: a) au niveau rendement (output) du projet par rapport aux ressources utilisées et aux activités menées, et b) avec moins de précision, au niveau du progrès vers l'atteint du but du projet. Trente mois d'activité ne suffisent pas pour mesurer l'impact du projet sur le but du programme ou secteur, c'est-à-dire ses effets sur le taux de croissance de la population par rapport aux taux des ressources économiques et de la productivité.

L'on ne peut séparer les contributions de ce projet des contributions apportées par d'autres bailleurs de fonds (FNUAP et IDA/Banque Mondiale), ainsi que par le secteur privé (notamment l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC) et des organisations non gouvernementales (ONG), pas plus que de l'incidence socio-économique (niveau d'urbanisation, niveau de scolarité).

Du point de vue mise en place d'un système de prestation de services de planification familiale et augmentation de la prévalence de la contraception, les principaux résultats sont les suivants:

o Des services de planification familiale sont à présent dispensés dans tous les arrondissements, communes et départements. Le nombre de points de service a quasiment doublé, passant à plus de 140 en mars 1991, alors qu'il était de 80, mi-88. La planification familiale est de plus en plus acceptée: une meilleure accessibilité aux services permettant une plus grande acceptation. Il existe une bonne couverture dans les zones urbaines et l'on a commencé à étendre les services de planification familiale aux zones rurales. La DPF et les régions ont progressivement inclus les structures primaires au programme (postes de santé ou dispensaires ruraux/urbains) et, partant, ont augmenté la couverture dans les zones urbaines et étendu les services aux zones rurales. Cette augmentation progressive dans le nombre de points de service, conjuguée à la possibilité d'augmenter l'utilisation dans les centres existants, permet d'envisager une accélération des augmentations annuelles dans le taux de prévalence de la contraception. On pourrait ainsi arriver à un taux national de prévalence de la contraception de 20% d'ici l'an 2000, but fixé par la politique nationale en matière de population. Notons également, comme éléments positifs, les possibilités d'initiatives du secteur privé, tout notamment la mise en place d'un programme de distribution communautaire (Chapitres IIA, III).

o Les couples-années de protection (CA-P) fournis par le biais des méthodes de contraception modernes ont pratiquement doublé ces deux dernières années, passant d'environ 20.000 en 1988 à environ 30.000 en 1990. La CA-P obtenu en 1990 avoisinait le niveau visé pour 1989 dans le document du Projet. L'on estime que la prévalence de la contraception est d'environ 10% dans les zones urbaines et 0,5% dans les zones rurales.

2.2 Activités imprévues, problèmes observés et rectifications nécessaires

2.2.1 Prestations de services

Il y a eu certains phénomènes qui n'étaient pas nécessairement prévus dans les documents originaux du Projet, notamment:

a) le gouvernement a récemment défini comme but national, un taux national de prévalence de la contraception de 20%, d'ici l'an 2000.

Au regard de ces éléments, l'USAID et le Gouvernement devraient fixer des objectifs plus réalistes, sur une base annuelle, en ce qui concerne le nombre d'acceptants de la contraception et l'augmentation annuelle dans le taux de prévalence de la contraception. Ceci doit tenir compte de la capacité des points de services de planification familiale existants et la création des nouveaux points de services.

b) il y a la forte probabilité d'accélérer les augmentations annuelles dans le taux de prévalence de la contraception au fur et à mesure que le programme prend de la vitesse. Par le biais de la formation du personnel et la prévision du matériel, la DPF d'étende des services PF au niveau des postes médicaux et dispensaires ruraux. Cette extension de services sera facilitée par la décentralisation de la formation ce qui permettra l'augmentation de la capacité en formation.

Un indicateur de performance spécifié dans la convention du projet est la prestation de services planification familiale dans 146 formations sanitaires, ce qui représentait la somme des CM, maternités et PMI. A l'heure actuel, on peut compter 151 points de services potentiel au niveau des CM, maternités et PMI. Ajouter les postes médicaux (PM) et dispensaires ruraux/de quartier (DR/DQ), ainsi que les antennes du CNSS, tout ce qui peuvent être touchés par les activités du projet, on arrive à un nombre de 451 points de services potentiels. De ces points potentiels, environ 140 fournissent à l'heure actuel des services PF.

c) il existe des initiatives de distribution communautaire.

En ce qui concerne la mission de la DPF d'encourager la distribution communautaire, la DPF a déjà pris un certain nombre d'initiatives pour planifier les activités de plusieurs régions. Par conséquent, le Projet devrait définir les objectifs de distribution communautaire pour toute sa durée, et les régions devraient penser à profiter des équipes de santé villageoises en planifiant leurs programmes de planification familiale. Deux autres changements dans l'approche du Gouvernement doivent être pris en compte: le mouvement vers la décentralisation de la planification sanitaire (commencé en 1991 à Zinder) et la création en 1989 d'un MSA/PF séparé.

Le plan prestation de services connaît des problèmes suite à la mobilité du personnel formé; à l'insuffisance d'IEC; à l'insuffisance de supervision des prestataires de services; et au manque de ressources financières pour certaines activités au niveau régional qui sont par ailleurs lents à se mobiliser (par exemple manque de matériel et équipement pour mener certains services ainsi que manque de ressources pour faire la supervision) . Il s'agit tout particulièrement de:

o Continuer d'améliorer la qualité des services dans les centres existants (selon la stratégie nationale de la prestation de services PF). Cela veut dire présence continue de prestataires formés, meilleure intégration de services PF dans l'ensemble de services SMI, meilleurs conseils et informations pour les familles et individus; meilleur choix des différentes méthodes efficaces, accessibilité aux services de planification familiale, supervision pour assurer la qualité des soins et meilleur suivi des abondons. Il convient également d'encourager et de veiller à une plus grande disponibilité des DIU et des injectables.

o Renforcer la supervision et le soutien apportés aux prestataires de services en mettant sur place et en renforçant les capacités régionales (décentralisation et financement), en planifiant mieux le travail, et en intégrant la supervision et le suivi des programmes de prestation de services de santé. (La supervision doit être décentralisée aux niveaux région et arrondissement, au sein du système de prestation sanitaire, et non pas une partie des programmes verticaux.)

o Fournir des données fiables sur la clientèle de la planification familiale, notamment des données sur le nombre total d'utilisateurs et d'abandons (les données sur les utilisateurs devraient commencer à être disponibles sur une base trimestrielle des 1991).

2.2.2 **Formation**

o Le projet a fait de nets progrès en ce qui concerne la formation du personnel de la santé en prestation de services PF, ayant déjà dépassé le nombre prévu du personnel à former (344 formé par rapport à 300 prévu) cependant le plan de prestation de services PF connaît encore des problèmes suite à l'insuffisant du nombre de personnel formé pour assurer la stabilité dans la prestation des services. Ce problème est du aux transferts du personnel formé sans que l'on ait pris des arrangements au préalable pour nommer des remplaçants formés. Il faut donner priorité dans les formations du personnel à l'assurance du personnel formé au niveau des points de service existants.

o Il existe des lacunes au niveau des compétences des responsables régional en supervision du personnel. Ceci devrait être adressé, en collaboration avec le Bureau de Suivi, comme prévu dans le Plan d'Action 1991, avec la mise en place d'un système intégré et décentralisé de supervision qualitative.

o Le MSP et le MAS/PF devraient collaborer dans l'application des critères de sélection dont on a convenu pour choisir les participants à la formation en matière de PF.

o Il faut encourager une formation de base vu les changements de programme prévus dans les trois écoles de santé, surtout la Faculté de Médecine.

o Le PSFD doit apporter un soutien à l'éducation pour la vie familiale par le biais d'une formation des formateurs et de matériel pédagogique pouvant soutenir les activités mises au point par le MEN et le MJS.

2.2.3 **Programme d'IEC**

Le programme d'IEC est un élément assez neuf du programme PF au Niger. L'avancement du programme d'IEC est freiné par un manque de formation et d'expérience du personnel du Bureau d'IEC en gestion de programmes d'IEC. Certains aspects de ce programme ont besoin d'être revus. Plus de ressources doivent être consacrées dans le plan de travail et le budget annuel de la DPF pour la formation et les programmes au niveau des régions et d'arrondissements. Le Chapitre IIC traite en détail des révisions que l'on pourrait apporter aux objectifs et aux stratégies. En voici les principales:

o Le Bureau d'IEC de la DPF doit être renforcé avec d'autre personnel plus expérimenté et/ou avec l'assistance des consultants ou sociétés ayant l'expérience particulière pour faciliter l'exécution des tâches discrètes telles que l'élaboration de certains matériel.

o Le Bureau d'IEC devrait revoir la stratégie de formation de l'équipe de collaborateurs à l'étranger.

o Le programme de formation en IEC doit être accéléré et décentralisé pour apporter la formation en IEC plus tôt, et pour former plus d'agents de santé et d'affaires sociales (et de formateurs) qu'il n'est prévu actuellement.

o L'assistance technique doit être fourni par le Bureau d'IEC aux responsables régionaux d'IEC dans l'élaboration des programmes régionaux.

2.2.4 **Logistiques**

En général, les progrès ont été satisfaisant en ce qui concerne la mise en place du système de logistiques pour les approvisionnements en contraception et matériel technique. Mais l'on a cerné certains problèmes et besoins:

o Le Comité de Coordination Interministériel mis en place pour assurer la coordination, l'examen périodique des besoins en matière de contraception et le suivi de la distribution des contraceptifs a besoin d'être légalisé pour le rendre plus efficace.

o L'USAID et l'FNUAP doivent revoir les commandes de contraceptifs pour 1991, tenant compte des besoins de stocks de fin d'année et de la consommation prévue en 1992.

o Il faut trouver des solutions pour financer des coûts de livraison interne des contraceptifs et des autres fournitures de la santé familiale (les propositions pour ces études ont été initiées par l'URC pendant la visite de l'équipe).

2.2.5 Financement et gestion financière

Le manque de financement des coûts locaux constitue un obstacle de taille. L'on ne connaît pas exactement le montant de financement disponible par le biais du contrat de l'URC, mais de toute évidence, il est insuffisant. Même avec un financement supplémentaire (dans le cadre d'un amendement au contrat que l'USAID est en train de rédiger), il semble que le financement nécessaire pour les coûts locaux reste insuffisant (il faut y inclure les montants nécessaires pour huit programmes régionaux de deux à trois ans minimum). Il convient de faire une étude du financement nécessaire pour couvrir les coûts locaux de la formation, de l'IEC, de la logistique et de la supervision ainsi que l'acquisition de l'équipement et du matériel (tel que stipulé dans la convention du projet).

En ce qui concerne la gestion financière, les procédures semblent bien conçues dans le sens qu'elles permettent de répondre aux conditions de l'URC et de l'USAID. Mais elles ne sont pas très bien adaptées aux besoins du Gouvernement du Niger. Le Chapitre IID offre des suggestions pour permettre à la DPF d'avoir un meilleur contrôle et de mieux comprendre le financement et la gestion financière du projet.

2.3 Recommandations

Le Chapitre II présente des Recommandations détaillées. Voici quelques récapitulatifs tels qu'ils apparaissent au Chapitre IV:

2.3.1 Prestation de services et logistiques

o La DPF devrait continuer la mise sur pied de programmes régionaux de prestation de services de PF selon leurs critères de 1) l'assurance de la qualité de service, et 2) donner priorité aux zones du pays à forte densité de population pour pouvoir atteindre le plus grand nombre de personnes dans les meilleurs délais. Il faut prendre en compte aussi: les problèmes de supervision du personnel, l'approvisionnement interne des contraceptifs

et du matériel, l'IEC et la formation du personnel, ainsi que les problèmes de la sous-utilisation des services existants et les moyens nécessaires et disponibles pour la création de nouveaux points de services.

o Le Bureau de Suivi devrait donner priorité au développement et à la mise en application d'une stratégie de supervision décentralisée, intégrer et qualitative du personnel et à la formation du personnel régional de supervision.

o Le Projet devrait prévoir un budget pour le transport pour que le système de supervision élaboré puisse fonctionner.

2.3.2 Formation

Le Bureau de formation devrait:

o Démarrer la formation de formateurs tel que prévu en 1991. Par la suite , il devrait fournir l'assistance technique aux équipes régionales de formateurs pour faciliter la décentralisation de la formation en cours d'emploi des prestataires de services en matière de PF.

o Donner priorité à la formation du personnel/superviseurs SSP/SMI/PF régional (coordinateurs régionaux et responsables CM) selon les stratégies de supervision élaborées par le MSP et le MAS/PF. Il paraît nécessaire de prévoir un nombre nettement plus important que l'objectif initial de personnel en supervision devant être formé afin d'assurer une couverture adéquate.

o Continuer à collaborer avec les écoles de santé et la Faculté de Médecine pour la formation de base en santé familiale et planification familiale dans le contexte des changements prévus au programme de ces écoles. L'USAID et le Gouvernement devrait prévoir des ressources complémentaires pour soutenir ces efforts.

o Continuer sa collaboration avec le MEN et le MJS concernant l'éducation à la vie familiale donnée dans les écoles et par le biais des formations et l'assistance technique. Le Projet devrait apporter, au besoin, une assistance pour la formation et pour le matériel pédagogique destines aux éducateurs et formateurs.

2.3.3 IEC

Le Bureau d'IEC devrait:

o Etre renforcé par l'engagement d'autre personnel plus expérimenté et/ou l'utilisation des consultants et/ou contractants, locaux ou expatriés, pour les tâches discrètes tel que la préparation de certains matériel d'IEC.

o Fournir de l'assistance technique aux responsables de l'Action Sociale et de l'EPS au niveau régional dans l'élaboration des programmes régionaux d'IEC en fonction du programme national et des problèmes et besoins identifiés en matière d'IEC au niveau régional.

o Accélérer le programme de formation des agents de santé et de l'action sociale en matière d'IEC, et décentraliser cette formation.

o Promouvoir l'utilisation du nouveau module de formation en IEC pour les formations ultérieures des prestataires de services PF et des agents sociaux.

o Continuer à collaborer avec la DSMI et la DEPS pour le suivi et le soutien des programmes et activités d'IEC sur le plan régional.

o Réévaluer l'organisation de pagivolte du point de vue 1) taille (pour le counseling individuel et pour l'éducation de groupe), 2) quantité de texte, et 3) questions à poser aux clients.

o Réévaluer l'utilité du production de matériel promotionnel par rapport aux objectifs, priorités et ressources disponibles avant d'en produire davantage.

o Prévoir les stratégies de mass média dans le Plan d'action 1992.

o Promouvoir l'harmonisation du programme national IEC en SMI/PF du Projet Santé et Population de la Banque Mondiale avec le programme IEC de la DPF.

2.3.4 Gestion et logistiques

La DPF devrait:

o Elaborer des plans de travail, couvrant des périodes de deux à trois ans, avec les sept régions et la commune de Niamey. Ces plans devraient viser à renforcer la supervision au niveau prestation de services (qualité de soins, conseils et productivité des centres existants); expansion du système de prestation (nouveaux points de services dans les zones très peuplées); et activités d'IEC sur le plan régional. Le plan devrait également préciser les ressources nécessaires pour chaque région.

o Renforcer sa collaboration avec la DEP (du MSP) pour vérifier que les données nécessaires pour la PF sont réunies et envoyées à la DEP et pour obtenir des rapports trimestriels et annuels en temps opportun des 1991.

o Prendre les mesures pour légaliser le Comité de Coordination Interministériel pour l'approvisionnement et la distribution de contraceptifs.

o Définir les besoins du point de vue matériel et fournitures cliniques nécessaires aux nouveaux centres.

L'USAID devrait:

o Examiner les plans d'acquisition de contraceptifs pour 1991 et 1992, étudiant les besoins éventuels, notamment diminution dans les quantités de DIU, augmentation dans les quantités de pilules, et l'approvisionnement en Neo-sampoon.

2.3.5 Financement et gestion financière

L'USAID et la DPF devraient:

o Revoir le financement pour couvrir les coûts locaux liés à la formation, à l'IEC, à la logistique et à la supervision ainsi qu'à l'acquisition régionale d'équipement et de matériel (tel que stipulé dans l'accord du projet).

o Améliorer le système aux fins de permettre au Gouvernement une meilleure gestion financière du projet. Pour ce:

- Mettre en place un système prévoyant que la Directrice ou son mandataire puisse suivre régulièrement les dépenses budgétaires approuvées.

- Tenir régulièrement des sessions d'information avec la DPF sur les modalités d'administration et de gestion de projets. Ceci permettra à la DPF de mieux apprécier les procédures internes de financement et d'approbation d'activités et éviterait des conflits en matière de financement et de gestion.

2.3.6 Pertinence des objectifs et résultats escomptés du projet: Adéquation des stratégies et adéquation des ressources

L'USAID et le Gouvernement devraient revoir le calendrier d'exécution et amender la description du projet dans la convention, tel que suit:

o Rallonger le projet de deux à trois ans pour tenir compte des retards pris au début du projet et profiter des possibilités d'accélérer le programme et de faire un net pas en avant du point de vue prestation de services et taux de prévalence de la contraception.

o Revoir les objectifs pour la prévalence de la contraception, le nombre de femmes en âge de procréer pratiquant la PF et le nombre de centres, tenant compte de: a) la politique nationale en matière de population et l'objectif de prévalence de la contraception pour l'an 2000; b) des possibilités d'accélérer la mise en place du système de prestation

de services; c) des activités visant à introduire le marketing social et la distribution communautaire; et d) de la prorogation proposée du projet.

o Définir les objectifs de distribution communautaire par équipes de santé villageoise et marketing social dans le cadre des programmes SMI/PF.

o Revoir les ressources prévues et les résultats escomptés en tenant compte des changements dans les objectifs, stratégies et durée du projet.

Ces changements devraient:

o Refléter les changements dans la stratégie (priorité rurale et décentralisation, distribution communautaire et marketing social).

o Refléter les changements organisationnels au sein du Gouvernement (le fait qu'au moment de la signature du projet, la DPF était rattachée au Ministère de la Santé Publique mais se retrouve, depuis 1989, rattachée au nouveau Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion de la Femme).

o Refléter la nouvelle organisation qui prévoit qu'à partir de 1992, l'assistance financière des deux bailleurs de fonds principaux (FNUAP et USAID) aux deux projets PF nationaux (la DPF et le CNSF) soit programmée directement avec le MAS/PF.

I. Introduction

Le présent rapport traite de l'évaluation à moyen terme du Projet bilatéral, USAID - Niger, Santé Familiale et Démographie (PSFD). Elaboré au cours de l'année 1987/88, le PSFD a été mis en oeuvre en août 1988 pour une durée prévue de cinq ans. Le projet doit apporter une assistance américaine de 11 millions de dollars aux efforts du Gouvernement du Niger visant à atteindre un taux de croissance démographique compatible avec la croissance des ressources économiques et la productivité.

Le PSFD comporte deux volets. L'un porte assistance à la prestation des services de planification familiale (PF). Le but de ce volet est de renforcer la capacité des institutions nigériennes à planifier, renforcer et suivre les services de PF à l'échelle nationale. L'objectif spécifique est de renforcer les capacités de la Direction de la Planification Familiale (DPF), sise maintenant au Ministère de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine (MAS/PF), pour lui permettre de mettre sur pied, sur l'ensemble du territoire, un programme national de PF (PNPF).

L'autre volet concerne l'analyse et la recherche démographique. Son but est d'améliorer les capacités de la Direction de la Statistique et Démographie (DSD) du Ministère du Plan (MP) à produire et à utiliser des données démographiques aux fins de la planification nationale (et régionale) ainsi que de promouvoir la recherche et l'analyse démographiques.

Une équipe de six spécialistes a été chargée de réaliser l'évaluation. Elle s'est composée des membres suivants:

- o Un spécialiste en gestion (M. A. Baron, ISTI)
- o Un spécialiste en prestations de services de PF et de gestion des services de la santé (Dr. A. Sani, DDS, Agadez, MSP)
- o Un spécialiste en formation (Mme S. Plopper, POPTECH)
- o Un spécialiste en IEC (Mme J. Aubel, POPTECH).
- o Un démographe, Dr. D. Waltisperger (POPTECH)
- c Un spécialiste en planification et documentation M. Y. Tchernika (Directeur de CIDES, MP)

Les deux experts nigériens ont été affectés à l'équipe par les Ministères de la Santé Publique et du Plan. Les quatre spécialistes expatriés ont été engagés aux termes d'un contrat avec le projet Population Technical Assistance Projet.

Cette équipe a été chargée (Annexe 1) de:

- o Déterminer la situation actuelle du PSFD du point de vue:
  - prestations de services de PF
  - formation de personnel sanitaire en PF
  - IEC

- gestion, supervision et coordination
- approvisionnement en contraceptifs, y compris la logistique
- capacité d'entreprendre des travaux de recherche opérationnelle

o Déterminer la situation actuelle du volet démographie par rapport aux points suivants:

- traitement des données du recensement 1988 (RGP88)
- utilisation des données démographiques pour la planification
- disponibilité d'autres données démographiques et de santé
- besoins de formation des cadres démographiques
- disponibilité des documents démographiques
- diffusion des données démographiques

o Evaluer l'impact du projet

o Examiner l'adéquation de la conception du projet (en matière d'objectifs, caractère approprié des stratégies adoptées, pertinence des intrants programmés et des résultats escomptés)

o Examiner la performance des contractants de l'USAID, des institutions du pays hôte,

o Formuler des recommandations à l'intention du Gouvernement du Niger et de l'USAID.

Pour accomplir sa mission, l'équipe a été appelée à:

o examiner tous les documents et les statistiques disponibles et pertinents

o interviewer les directeurs et le personnel de la DPF et de la DSD et les cadres d'autres directions participant à la prestation de services de planification familiale et à la planification démographique, ainsi que les contractants contribuant à la mise en oeuvre du projet (University Research Corporation, Options) et des ONG telles CARE et AFRICARE.

o effectuer des visites sur les sites afin d'observer les niveaux effectifs de prestation de services de PF, les aptitudes du personnel et les activités d'IEC.

L'équipe s'est servie du cadre logique du PSFP (Annexe 2), du plan d'évaluation du projet (Annexe 3) et de l'évaluation de base comme fil directeur pour la conception de son plan de travail.

4/6

En ce qui concerne le volet démographique, une approche différente de celle de l'évaluation de base a été adoptée. Afin d'avoir une vue d'ensemble des activités en matière de démographie, on a abordé les six points mentionnés ci-dessus au travers des structures qui interviennent à ce niveau ou qui sont susceptibles de fournir de l'information: Le Ministère du Plan et de la Planification Régionale, Le Ministère de l'Intérieur, Le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, le Ministère de la Santé Publique.

L'équipe a essayé de garder présentes à l'esprit les quatre questions suivantes:

(1) Les intrants étaient-ils fournis conformément aux quantités et à la manière prévue dans le document de conception du projet? Si non, quels sont les changements qui ont eu lieu et pour quelles raisons?

(2) Quelles sont les principales contraintes entravant l'exécution du projet?

(3) Le but et les objectifs du projet ont-ils été réalisés ou sont-ils en cours de réalisation?

(4) Dans quelle proportion la prévalence contraceptive a-t-elle augmenté pendant la durée du projet (mesurée par couple années de protection sur la base des méthodes contraceptives modernes)?

La liste de personnes contactées se trouve à l'Annexe 4.

Le travail de l'équipe au Niger a commencé le 9 mars 1991 et a pris fin le 2 avril. Des visites de terrain ont été faites pendant cette période pour consulter les DDS de Tahoua, Zinder, Maradi et pour prendre connaissance des soucis et des points de vue des responsables régionaux. Ces déplacements ont permis de visiter des formations sanitaires aussi bien dans les trois villes, qu'à Matamèye, Kantché, Tibiri, C. de Madaoua et Galmi. L'on a également visité les formations sanitaires de la C. de Niamey et à Tillaberi.

Un avant-projet de rapport sur l'évaluation a été présenté aux fins de commentaires au DFP, DSD et à l'USAID le 28 mars. L'équipe a intégré les commentaires reçus à la version finale du rapport.

II. Volet Planification familiale

A. Prestation de Services de PF

1. Indicateurs Objectivement Vérifiables

- 146 formations sanitaires assurent la prestation des services PF y compris l'IEC, le counseling et la distribution de contraceptifs comme aspect intégral de leurs services de santé.

- 7% des femmes en âge de procréer utilisent des méthodes de contraception.

2. Situation actuelle

En mars 1991, 140 formations sanitaires dispensaient des services PF par rapport à 114 formations sanitaires assurant ces prestations en mars 1989 et 80 avant le début du Projet bilatéral. La plus grande partie des services PF est dispensée dans les PMI et les maternités: 39 sur 41 PMI et 53 sur 72 maternités fournissent les services PF. La formation des agents de santé en PF et la prestation de services PF s'étendent aux postes médicaux et aux dispensaires ruraux et dispensaires de quartier: 7 sur 27 postes médicaux et 24 sur 265 dispensaires ruraux et de quartier fournissent des services PF.

L'estimation du nombre de couples protection par an est passée d'environ 19000 en 1988 à environ 35000 en 1990. L'estimation du nombre de femmes employant une méthode de contraception moderne est difficile en raison de l'introduction d'un nouveau système de collecte et d'analyse des données qui n'est pas encore complètement fonctionnel. Le calcul du nombre d'utilisatrices PF est basé sur la distribution des contraceptifs. Il n'est pas possible de compter correctement les acceptantes actives ni les abandons, ce qui est important pour l'appréciation de l'efficacité du programme. (En ce qui concerne les cas d'abandons, les prestataires de services doivent enlever de l'échéancier les Fiches de Consultation des clientes n'ayant pas répondu aux rendez-vous à la fin de chaque trimestre. Le nombre de ces personnes n'est pas enregistré et selon l'entretien avec certains prestataires de services, ils ne recherchent pas les causes de ces abandons.)

La grande majorité de couples (88% des acceptants) utilisent la pilule, suivi des injectables (8.7% des acceptants), le DIU (moins que 1% en dehors de Niamey), les condoms et spermicides. Les méthodes naturelles, le diaphragme et la contraception chirurgicale sont rarement utilisées et ne figurent pas dans les rapports de PF.

3. Observations

3.1 Expansion de Services PF

Le Programme National de la PF a bien augmenté le nombre de formations sanitaires qui fournissent des services PF (140 en mars 1991). Grâce à: 1) la formation du personnel en PF, et: 2) la distribution de contraceptifs à ces formations, le taux de prévalence a augmenté de 1.1% en 1988 à 2% en 1990 (à savoir de 7% à 10 % dans les zones urbaines et de pratiquement 0 à 0.5% en zones rurales).

Avec la programmation actuelle des activités de la DPF, qui vise à s'étendre des services au-delà des CM, PMI et maternités, le nombre de services PF va certainement continuer d'augmenter. Cependant cette expansion est entravée par certaines contraintes: 1) la mutation fréquente du personnel, ce qui laisse souvent des points de service PF sans prestataires formés), 2) l'insuffisance des ressources affectées aux niveaux régional et périphérique, 3) l'insuffisance des activités d'IEC, et 4) l'absence d'un système de supervision qui doit accompagner cette expansion.

3.2 Qualité de Services

Les indicateurs de qualité de services PF sont notamment: le choix des méthodes, l'information donnée aux clients, la compétence du personnel, le rapport interpersonnel entre les clients et le personnel et entre le personnel (l'accueil et l'ambiance du centre), l'accessibilité du service et les mécanismes de suivi, et la pertinence et l'adéquation des services aux besoins de la population cible.

Dans le programme PF, on constate certaines lacunes au niveau de ces indicateurs.

Choix des méthodes. Une étude sur les méthodes disponibles dans 96 formations sanitaires montre que tous les centres prescrivent la pilule, 77 centres fournissent les condoms, 70 fournissent les spermicides, 67 prescrivent les injectables et 29 posent des DIU. Les injectables sont peu utilisés au Niger (utilisés par 8.7% des acceptants) alors qu'ils sont parmi les méthodes les plus utilisées dans d'autres pays en Afrique et conviennent bien à beaucoup de femmes. De même, les DIU sont peu utilisés (moins de 1% en dehors de Niamey) par rapport au nombre de personnel formé pour la pose de DIU (98).

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation: la qualité de formation reçue par certaines personnes, des mauvaises expériences et/ou rumeurs qui contribuent à certaines attitudes du personnel, et la disponibilité du matériel et de l'équipement.

On remarque par exemple une certaine réticence parmi les prestataires de service PF à prescrire les injectables. Parmi les raisons données sont: 1) le fait qu'ils ne sont pas utilisés aux Etats-Unis, et 2) qu'il faut parfois attendre plusieurs mois après l'arrêt des injections pour un

retour de fertilité. Tout cela est encore aggravé par l'inquiétude exprimée par certains membres du corps soignant quant à l'éventuelle sécurité des injectables. Ces inquiétudes sont appuyées par un compromis, souvent compris comme règlement de la DPF, qui exige que 1) les injectables soient uniquement prescrits par les médecins et sages-femmes, et 2) les utilisatrices aient au moins 35 ans et 4 enfants. Il y a également le problème de la quantité insuffisante du produit (ou des syringes et aiguilles).

Malgré un effort visant à sensibiliser les médecins sur la sécurité des injectables en 1989, il existe toujours des réticences concernant l'utilisation de cette méthode. Le problème de suffisance du produit sera bientôt résolu. Le FNUAP, qui fournissent les injectables, s'est engagé à augmenter les commandes pour cette année (à 18,000 doses) et pour les prochaines années (535,000 doses pour la période 1992 à 1996) pour répondre aux besoins de tout le pays.

Les raisons données pour le manque d'utilisation du DIU sont aussi liées à une certaine méfiance de la méthode de la part des prestataires de service aussi bien qu'à un manque de matériel et équipement nécessaire dans certains cas. D'autres personnes formées en pose de DIU disent qu'ils ne posent des DIU que rarement. Si un prestataire de services reçoit une formation en pose de DIU et n'a pas l'occasion de pratiquer régulièrement, il peut perdre confiance et peut-être la compétence nécessaire.

Counseling et information donnés aux clients. Une étude spéciale des abandons faite au CNSF en décembre 1990 a trouvé 23% d'abandons parmi les nouveaux clients pendant une période de 7 à 8 mois. Les raisons citées le plus souvent pour l'abandon de la contraception étaient les effets secondaires des méthodes et les craintes des effets secondaires (19.5% des raisons d'abandon), ce qui suggère des problèmes au niveau du counseling et l'information donnée aux clients.

Une évaluation faite par la DPF de la performance des prestataires de services PF à Niamey a trouvé également des problèmes de counseling: a) on ne présente pas toutes les méthodes et on ne mentionne pas les effets secondaires ni les signes d'alarmes, b) le condom et les spermicides sont présentés comme méthodes "transitoires", c) on ne demande pas au client d'expliquer ce qu'elle a compris concernant les informations données, d) au cours des visites de suivi on ne pose pas de questions sur des problèmes et/ou inquiétudes et on ne donne pas d'information, et e) l'éducation des clients et la prescription des méthodes n'est pas uniforme.

La gestion du service. On a constaté certains problèmes au niveau de:

* le remplissage des formulaires, rapports, fiches etc., ce qui empêche le suivi des clients (surtout des abandons)

* la prise en charge des clients n'est pas toujours la même (par exemple en ce qui concerne le nombre de plaquettes de pilules à distribuer en une fois).

* le suivi des clients. On a remarqué un nombre assez important de Fiches de Consultation des clientes qui n'avaient pas répondu à leurs rendez-vous dans certaines formations sanitaires. Puisqu'il n'y avait pas de suivi dans ces cas, on ne peut pas connaître toutes les raisons à cela et donc savoir comment intervenir pour réduire le nombre qui sont des vrais abandons.

Ces points signalent des problèmes actuels et/ou potentiels dans la prestation de services PF. Un nombre élevé d'abandons en PF signale souvent des problèmes dans 1) la sensibilisation des populations cibles (dans ce cas certains maris et marabouts qui n'acceptent pas la PF), 2) la qualité de la prestation de service, ou 3) la gestion de service. Si le programme n'arrive pas à dépister les causes de la discontinuation de PF et répondre aux cas d'abandons (les femmes qui discontinuent la PF pour les raisons outre que le désir d'avoir un enfant), il risque non seulement de perdre les clients qu'il a déjà acquis mais aussi d'empêcher des nouveaux clients de venir à cause d'une mauvaise réputation soit des services soit de la contraception.

3.3 Supervision des prestataires de services

La supervision et la documentation sont très importantes pour la formation continue et l'amélioration des compétences du personnel. La documentation est essentielle si l'on veut uniformiser les pratiques. Un système régulier de supervision qualitative est nécessaire pour dépister les problèmes, leur trouver une solution et pour appuyer le personnel.

Comme appui après la formation, les prestataires de services reçoivent le livre Planification Familiale en Afrique, un manuel complet et assez détaillé. On attend la finalisation et la distribution du Guide de Prescription en Planification Familiale qui sera très utile pour des questions techniques courantes.

Jusqu'à présent, les prestataires de services PF ne reçoivent pas de supervision qualitative ni régulière. La supervision du personnel SMI/PF au niveau régional - le périphérique est fait de façon plus ou moins verticale. Du niveau central, les équipes mixtes de supervision DPF/DSMI effectuent des visites de supervision des services SMI/PF dans les départements. En plus, au niveau régional 4 à 5 coordonnateurs/superviseurs des différents programmes verticales (à savoir SMI, PF, PEV, maladies diarrhéique, équipe mobile, action sociale) font la supervision en équipe. Les différents coordonnateurs visitent les formations sanitaires (CM, PM et DR) ensemble, en générale une fois par an (à cause du nombre important de formations sanitaires et un manque de ressources disponibles pour faire la supervision); les responsables des CM participent à la supervision des PM et DR de leurs arrondissements.

La DPF est en train de renforcer la supervision des activités PF dans trois départements pilotes, à savoir à Agadez, Tahoua et Zinder. Une sage-femme a été affectée au DDS de chacun de ces départements pour renforcer la supervision des activités PF. Chaque département aura un budget pour des activités de supervision. Cette stratégie devrait contribuer à l'amélioration des services PF dans les trois départements. Cependant, elle risque de renforcer

57

en même temps la verticalisation au lieu de l'intégration de la supervision des activités soins de santé primaire (SSP). (Le CNSF a pris en charge les activités de supervision des trois départements de Tillaberi, Dosso et Maradi et la commune urbaine de Niamey. Le département de Diffa n'est pas programmé pour un tel appui du niveau central.) La supervision verticale ne peut que contribuer à la prestation verticale des services de santé.

La DPF s'est engagé cette année à créer des structures nécessaires à la supervision des prestataires de services. On a commencé l'élaboration de certains documents qui vont faciliter cette supervision, notamment: 1) des descriptions de tâches (déjà fait), 2) des normes médicaux de prestation de services PF, 3) le Guide de Prescription en Planification Familiale, et 4) une Grille de Supervision. Tous ces documents sont essentiels pour uniformiser les pratiques en PF, et pour rendre la supervision plus efficace et plus uniforme. On a programmé également l'élaboration d'une stratégie pour assurer la supervision décentralisée du personnel en PF.

3.4 Mutations du personnel

Les mutations du personnel du MSP sont très fréquentes et ne semblent pas être toujours faites en tenant compte de la formation du personnel nécessaire à la prestation de services.

Il est difficile d'assurer la continuité de la prestation de services PF dans toutes les formations sanitaires à cause des mutations fréquentes. Le personnel formé en PF n'est pas encore assez nombreux pour assurer le remplacement automatique du personnel par d'autres personnes formées en PF. Avec la stratégie de formation prévue dans l'Accord de Subvention (la formation de 344 prestataires de services PF), il faudra du temps avant qu'il y ait suffisamment de personnel formé pour que ces mutations ne perturbent plus la prestation de services.

3.5 Intégration de services PF dans les services SMI existants

Dans les services de santé, au niveau des PMI et maternités aussi bien qu'au niveau des postes médicaux et dispensaires, la PF est intégrée à l'ensemble des activités menées. Les stratégies d'intégration varient selon le nombre de personnel formé et le volume de travail. Souvent dans les PMI, il y a des jours fixes pour la PF (par exemple deux jours par semaine) comme pour d'autres consultations SMI mais les clients peuvent recevoir des services PF n'importes quels jours qu'elles les demandent.

Au niveau central, l'intégration de la PF et le SMI implique deux ministères, le MSP et le MAS/PF. La DPF se situe dans le MAS/PF et tout le personnel avec lequel elle doit travailler est basé dans le MSP. Bien qu'il existe une collaboration efficace entre la DPF, la DSMI et la DES, cette situation est un frein au déroulement des activités PF. Il faut passer par la hiérarchie des deux ministères pour pratiquement toutes interventions, ce qui retarde les activités même dans le meilleur esprit de collaboration.

Le personnel de la DSMI assiste avec les formations cliniques PF, et les visites de supervision du niveau central au niveau régional sont faites par une équipe mixte de supervision DSMI/DPF. L'équipement technique est fourni par la DSMI et par la DPF. La standardisation des listes d'équipement nécessaire et sa disponibilité par source de financement faciliterait l'acquisition selon les besoins du programme.

Au niveau régional, les coordonnateurs/superviseurs collaborent en faisant leurs visites de supervision ensemble. Le manque de polyvalence de ces coordonnateurs/superviseurs dans certains cas est un frein à l'intégration et à la décentralisation de la supervision.

3.6 Contraintes principales à l'exécution du Projet

1. Pertinence du dessein original du Projet.

Le plan original du Projet se fonde sur trois hypothèses pas forcément valides. En ce qui concerne la prestation de services PF, on s'est limité à la prestation de services au niveau régional et arrondissement pour atteindre des objectifs du Projet. D'une part, il existera toujours un certain niveau de résistance à la PF (pour des raisons culturelles et autres); donc en se limitant des interventions au niveau d'une certaine population (régionale et arrondissement), il n'est pas évident que le Projet peut atteindre ces objectifs. D'autre part, il existe une demande de services PF au niveau plus périphérique (au niveau des DR) à laquelle le Programme National de PF devrait répondre. Cette demande exige la formation d'un nombre plus important de personnel que prévu par le Projet.

Deuxièmement, en ce qui concerne le nombre de personnel nécessaire pour assurer la disponibilité des services PF même au niveaux régional et arrondissement, on a supposé une certaine stabilité du personnel dans les postes, ce qui n'est pas le cas. En fait, il y a une mutation importante du personnel, ce qui sera toujours difficile à contrôler. Pour cette raison, il est nécessaire de former un nombre de personnel beaucoup plus important pour assurer la disponibilité du personnel formé en prestation de services PF.

Une troisième hypothèse qui n'est plus valable est qu'il suffirait de former un seul superviseur au niveau régional, ainsi que les chefs CM, pour assurer la supervision du personnel. Cela aurait pu suffire s'il s'agissait uniquement de la prestation de services PF au niveau régional et arrondissement. Mais avec 1) le nombre actuel de formations sanitaires faisant la prestation de services PF, 2) le besoin de les superviser de façon qualitative, et 3) le besoin d'intégrer la supervision des services SSP/SMI/PF, il faut décentraliser cette supervision. Pour faire cela, il faut prévoir la formation de tous les 4 à 5 coordonnateurs/superviseurs SSP/SMI/PF au niveau de chaque département.

Le Projet a prévu peu de ressources pour la supervision des prestataires de services. Si l'on veut vraiment atteindre les objectifs du Projet, il faut assurer la prestation de services PF de bonne qualité. Ceci demande une supervision qualitative et régulière des prestataires de services. Il faut prévoir les ressources nécessaires (le carburant) pour que cette supervision soit possible.

2. Contraintes logistiques et administratives.

Une contrainte est le fait que la DPF est basée dans le MAS/PF et les prestataires de services PF sont basés dans le MSP. Cette situation exige un certain protocole de contact entre les deux ministères, ce qui retarde souvent le déroulement des activités.

3. Attitudes des prestataires de services.

Les attitudes du personnel envers la PF sont à la fois positives et négatives. Selon l'information disponible, les prestataires de services ont généralement une attitude assez positive envers la PF. Cependant, il y a toujours des réticences concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives, à savoir les injectables, le DIU et la stérilisation. Cette réticence fait que ces méthodes sont peu disponibles pour la majorité. Le Programme National de la PF est relativement nouveau. On suppose que ces attitudes vont changer avec le temps.

4. Recommandations:

Expansion et qualité de services PF

Il est recommandé que la Division des Services de la PF:

a) continue l'augmentation du nombre de points de services PF au fur et à mesure qu'on puisse s'assurer du personnel formé, du matériel et équipement nécessaire et de la supervision adéquate. La priorité devrait être donnée à:

   * l'affectation du personnel et matériel/équipement au niveau des points de service déjà mis en place qui souffrent des lacunes, créées par exemple par la mutation du personnel

   * l'amélioration de la productivité des centres (l'augmentation du nombre d'acceptants et d'utilisatrices par centre)

   * la recherche des raisons des cas d'abandons et la modification des services en conséquence. Une fois qu'un système de supervision est mis en place et fonctionnel et la DPF est assurée d'une qualité acceptable de prestation de services PF, il sera important de rechercher les causes des cas d'abandons et d'en répondre

b) recherche des moyens de sensibiliser davantage le corps médical aux injectables et aux DIU (par exemple par des voyages d'études aux pays voisins qui utilisent beaucoup ces deux méthodes)

c) veille à ce que tous les prestataires de services reçoivent une formation en counseling/IEC, et en gestion de services PF

54

Supervision

Pour rendre la supervision du personnel plus efficace:

- il est recommandé que le Bureau de Suivi:

a) donne priorité à la stratégie de supervision décentralisée, intégrée et qualitative du personnel et à la formation de ce personnel:

- continue à collaborer avec la DSMI dans la mise en place d'un système décentralisé et intégré de supervision qualitative. Un tel système au niveau département aurait besoin d'un coordonnateur SSP/SMI/PF et des adjoints/superviseurs polyvalents, chacun responsable pour la supervision d'un certain nombre de CM. Le responsable CM serait responsable pour la supervision des PM et DR de son arrondissement avec l'appui de son coordinateur adjoint/superviseur au besoin. Ce système 1) assurerait un contact permanent et plus fréquent avec un même superviseur, ce qui rendra la supervision plus qualitative; et 2) éviterait confusion et conflits en ce qui concerne l'interprétation des problèmes, messages et directives. Un superviseur peut mieux connaître un nombre restreint de personnel (de 10 à 12 formations sanitaires au maximum) pour lesquels il est directement responsable ainsi que leurs situations de travail. L'instauration d'un système de supervision qualitative, décentralisé et intégré demande 1) la polyvalence technique des coordonnateurs/superviseurs, 2) leur compétence en techniques de supervision qualitative, et 3) une politique de supervision intégrée au niveau du MSP. Un tel système de supervision serait possible en termes du nombre de coordonnateurs régionals et le nombre de CM, PM et DR dans les départements.

- collabore avec le Bureau de Formation dans la programmation des formations du personnel en conséquence.

- il est recommandé que le Projet:

a) prévoie un budget pour le transport pour qu'un système de supervision puisse fonctionner. La supervision demande le déplacement du personnel, donc certaines ressources (véhicules et carburant). L'allocation de fonds pour la supervision dans le budget du Projet pour l'année 1991 est très peu.

Mutations du personnel

Il est recommandé que la DPF:

a) continue les efforts de sensibilisation des responsables du MSP au problème de rupture de services PF causé par les mutations des prestataires de services PF

B. Formation

La formation prévue dans le cadre du Projet inclut la formation clinique PF, la formation en gestion des programmes PF et la formation IEC (à court terme); et la formation en santé publique ou démographie (à long terme).

1. Indicateurs Objectivement Vérifiables

1.1 Personnel de santé formé en PF

1.1.1 Formation initiale en cours d'emploi.

Il a été prévu la formation de:

5 responsables nationaux du programme PF, à savoir:

* Coordonnateur de la Formation: formation à court terme à l'étranger en matière de conception, gestion, et évaluation des programmes de formation en SMI/PF

* Coordonnateur de l'IEC: formation à court terme à l'étranger en matière de conception, gestion et évaluation des programmes IEC

* Coordonnateur de la Logistique: formation en gestion de la logistique du PF au Niger (avec la participation de deux cadres de l'ONPPC et un représentant de chaque DDS)

* Coordonnateur de la Recherche: formation à long terme aux Etats-Unis pour un doctorat en santé publique ou démographie (avec l'accent sur la recherche en SMI/PF)

* Responsable de la Supervision/Suivi: formation à court terme à l'étranger en matière de gestion de programmes PF

10 formateurs:

* Une formation de formateurs (en techniques de formation) pour une équipe de formateurs déjà expérimentés en PF, pendant la 1ère et la 4ème année du Projet

46 responsables régionaux:

* Une formation de gestion de programme SF (en normes de prestation de service, la supervision, la logistique et la tenue des fiches) pour 1 représentant de chaque DDS et le chef CM de chaque arrondissement

344 agents de santé, à savoir:

* 240 médecins, sage-femmes et infirmiers:
  formation clinique en PF (à raison de 60 personnes par an, réparti en trois cours par an pendant les années 2 à 5 du Projet)

* 60 médecins et sage-femmes (ayant déjà reçu la formation clinique en PF): formation en pose de DIU (à raison de 15 personnes par an pendant les années 2 à 5 du Projet)

* 14 médecins (2 médecins de chacun des 7 hôpitaux): formation en techniques de stérilisation

* 30 pharmaciens: technologies contraceptives et médicaments pour le traitement des MST

* 80 assistants sociaux (2 assistants sociaux par arrondissement): technologies contraceptives et IEC

1.1.2 Intégration de la PF dans les programmes de formation de base du personnel médical et paramédical

* l'intégration de la PF dans le curriculum santé familiale au niveau de:
  - la Faculté des Sciences de Santé
  - l'Ecole Nationale de Santé Publique

* la formation de base des médecins, infirmiers et sage-femmes en santé familiale équivalant à la formation initiale en cours d'emploi

* une formation complémentaire des obstétriciens/gynécologues et sage-femmes en pose de DIU

* la formation des assistants sociaux en technologie contraceptive et IEC pour la santé familiale correspondant à la formation initiale en cours d'emploi

* la formation des pharmaciens en technologie contraceptive et produits pharmaceutiques utilisés pour le traitement des MST

1.2 Suivi et évaluation des stagiaires formés

* un test de la compétence à la fin des formations
* un tableau de service mis à jour par le MAS/PF sur les formations reçues par des agents de santé en PF

2. Situation actuelle

2.1 Personnel de santé forme en PF

2.1.1 Formation initiale en cours d'emploi

Responsables nationaux du Programme PF:

* En 1989, Chef du Bureau IEC: formation en IEC (Togo)
* En 1990, 9 personnes ont été formées à l'étranger en PF, y compris:

o 8 personnes: IEC (USA)
** niveau national:
Technicien supérieur en action social: Bureau IEC, DPF
Chef du Bureau de Suivi, DPF Assistant social: MAS, DAS
Technicien d'hygiène: DFEPS Responsable d'IEC: CNSF
Journaliste: MI
** niveau régional:
Coordonnateurs régionaux 2): MAS

o Chef du Bureau Statistique (Mali)

o Coordonnateurs régionaux de l'Action Social: IEC (Tunisie)

* En 1991, 7 personnes sont programmées pour recevoir une formation à l'étranger, à savoir:

o Chef, Division des Services de la PF, DPF: gestion des programmes PF (USA)
o Chef du Bureau de Suivi, DPF: gestion des programmes PF (USA)
o Chef, Division de la Formation et de l'IEC, DPF: formation des formateurs avancée (USA)
o Chef du Bureau IEC, DPF: gestion des programmes IEC/PF (USA)
o Chef du Bureau de la Formation, DPF: formation des formateurs (Togo)
o 2 personnes du Bureau d'IEC: IEC (Togo)

Formation des formateurs:

* 12 personnes ont été formées au Niger en 1989 et 3 à l'étranger

* deux formations des formateurs sont programmées pour 1991, à savoir:

o Formation des formateurs en clinique/IEC PF
o Formation des formateurs en logistique

Formation des responsables régionaux en gestion du programme SF: rien n'est prévu pour l'année 1991

Formation des prestataires de services de santé:

* En fin 1988, 345 participants ont reçu une formation initiale en cours d'emploi en PF (y compris des personnes qui ont participé à plus d'une formation)

* De 1988 à fin Septembre 1990, 401 participants ont reçu une formation initiale en cours d'emploi en PF (y compris des personnes qui ont participé à plus qu'une formation)

A la fin de Décembre 1990, la DPF compte 371 agents de santé formé en PF, y compris:

o médecins formés en PF: 54
o sage-femmes formés en PF: 157
o médecins et sage-femmes formé en pose de DIU: 98
o infirmiers formés en PF: 93
o agents sociaux formés en technologies contraceptives et IEC: 60
o médecins formés en techniques de stérilisation: 0
o pharmaciens formés en technologies contraceptives et médicaments pour le traitement des MST: 0

NB: Sur 1218 cadres professionnels de la santé (médecins, sage-femmes, infirmiers et agents sociaux) informatisé, 371 ressortent comme ayant eu une formation en matière de PF (clinique, IEC, gestion, formation de formateurs, et/ou pose de DIU). Une personne peut avoir jusqu'à cinq formations, ce qui explique le fait qu'il y ait eu 401 "participants" en formation depuis 1988.

NB: Dans l'Accord de Subvention, l'indicateur est exprimé en "personnes mois", ce qui est difficile à calculer dû au fait qu'il y ait une multitude de sources des différentes formations, souvent avec les durées de formation différentes.

2.1.2 Intégration de la PF dans les programmes de formation de base du personnel médical et paramédical

La DPF a organisé un premier atelier de travail avec les représentants de la FSS et du MSP en Septembre 1990 pour programmer les activités d'intégration de la PF dans les

programmes de formation de base pour le personnel médical et paramédical. Pendant cet atelier, les participants ont:

* analysé les activités en PF par catégorie de personnel et élaboré une liste des tâches en PF pour les médecins, sage-femmes, infirmiers, agents sociaux, laborantins, techniciens d'hygiène et d'assainissement et des assistants d'hygiène et d'assainissement.

* fixé les objectifs de la formation et déterminé les grandes lignes du contenu et les méthodes d'enseignement

* proposé les stratégies d'intégration du curriculum en PF aux programmes de formation de base et aux stages pratiques (comment et quand)

* identifié les besoins en matériel pédagogique pour la PF

La DPF a déjà formé les sage-femmes enseignants de l'ENSP en PF et elle prévoit la formation de 2 à 3 infirmiers enseignants dans la prochaine formation clinique PF afin d'assurer un cadre d'enseignants formé en PF dans les écoles paramédicales.

L'intégration de la PF dans les différents curricula n'est pas encore effective sauf en partie à l'ENSP où 20 heures de cours PF sont données aux sage-femmes en attendant la révision du curriculum, et à l'ENICAS (Zinder) où 10 heures de cours sont données pendant la deuxième année pour les infirmiers et assistants sociaux, encore en attendant la révision du curricula.

2.2 Suivi et évaluation des stagiaires formés

Un pré-test/post test est donné à tous les participants lors des formations cliniques PF et IEC.

Un recensement a été fait de tout le personnel de la santé ayant suivi une formation en PF. Un tableau de service a été élaboré qui spécifie les formations reçues en PF par les agents de santé. Ce tableau informatisé permet à la DPF de coordonner les activités de formation et à l'étranger et dans le pays selon les besoins de formation du personnel.

3. Observations

La DPF a fait beaucoup de progrès dans l'organisation des structures nécessaires pour la gestion des activités de formation en PF ainsi que dans le développement des programmes de formation de haute qualité et le contrôle de la qualité de formation. Avec le recensement du

personnel formé en PF et l'élaboration d'un tableau informatisé qui est mis à jour à la suite de chaque formation au Niger ou à l'étranger, la DPF est mieux capable de fixer et suivre les priorités pour les formations du personnel.

3.1 Formation à l'étranger

Il a été décidé de financer la formation à long terme en santé publique pour deux candidats au niveau de maîtrise au lieu d'une au niveau de maîtrise et l'autre au niveau du doctorat (comme prévu dans l'Accord de Subvention). Ces deux personnes terminent leurs maîtrises cette année. Cette modification est réaliste étant donné que la maîtrise met plus d'accent sur la pratique par rapport au doctorat qui est plus orienté vers la recherche.

3.2 Formation des formateurs

Le Projet prévoit deux formations de formateurs (une pendant la première année du Projet et la deuxième pendant la quatrième année) pour assurer une équipe de formateurs régionale en formation clinique, IEC et logistiques. Du premier groupe de formateurs formé en 1989, il n'y a que la moitié qui sont disponibles et expérimentés en formation.

La DPF a programmé la deuxième formation de formateurs clinique/IEC et une formation de formateurs en logistique pour 1991 afin de préparer suffisamment de formateurs pour décentraliser la formation des prestataires de services.

Avec la formation des équipes de formateurs régional, la décentralisation des ressources de formation et l'assistance technique de la DPF, les départements devraient être capables de répondre à leurs besoins de formation en PF.

3.3 Formation des responsables régionaux en gestion de programmes santé familiale

On a prévu la formation de 46 responsables régionaux en gestion de programme PF (en normes de prestation de service, la supervision, la logistique et la tenue des fiches). Cette formation, qui est à la base des activités de renforcement de la supervision des prestataires de services, était prévu pour un représentant de chaque DDS et au chef CM de chaque arrondissement.

Si cette stratégie se limite à la formation en gestion et supervision des activités PF, elle risque de renforcer la verticalisation au lieu d'intégrer la supervision des services SMI/SSP, et de la rendre plus quantitative que qualitative.

Cette formation du personnel en gestion de programmes SF n'a pas encore eu lieu. Elle

demande une programmation au niveau de la Division des Services de la PF, le Bureau de Suivi et le Bureau de Formation, ce qui est prévue pour l'année 1991. La formation du personnel et la mise en application d'un système décentralisé et intégré de supervision qualitative est essentielle pour renforcer des aptitudes acquises et pouvoir résoudre les problèmes qui se posent dans la prestation de services SSP/SMI/PF.

La formation des responsables/superviseurs polyvalents exigera la formation d'un plus grand nombre de personnes, à savoir tous les coordonnateurs au niveau régional (SMI, PF, PEV, AS, maladies diarrhéiques, équipes mobiles) plus les chefs CM, ce qui peut doubler la population cible pour cette formation.

3.4 Formation des prestataires de services

Des progrès notables ont été faits dans la formation des prestataires de services en PF. Deux curricula ont été élaborés, un pour la formation clinique PF (orientés vers les médecins, sage-femmes et infirmiers) et l'autre pour la formation IEC (orientée surtout vers les agents de l'Action Sociale). Ces curricula ont été testés et révisés et constituent des curricula standard pour la formation du personnel de la santé en PF au Niger.

L'Accord de Subvention du Projet a prévu la formation d'environs 60 prestataires de services par année. En réalité, il sera difficile d'assurer un standard de prestation de services compte tenu de ce nombre prévu de personnel à former et la demande actuelle de personnel. Les responsables (DDS, coordinateurs SMI/PF et autres) au niveau régional (des départements et des arrondissements), ressentent un grand besoin de formation de personnel en prestation de services PF. Ceci est due 1) aux mutations incontrôlables du personnel, ce qui laisse souvent les formations sanitaires avec une clientèle PF et sans personnel formé en PF, et 2) au désir d'ouvrir d'autres points de services PF.

Un élément qui influence le standard de formation reçue par les prestataires de services est la variation dans les formations menées par différentes sources de formation. Malgré les efforts de la DPF, les formations cliniques varient dans leur contenu, durée, méthodologie et qualité. En février 1989, la DPF a élaboré un curricula clinique pour la formation des prestataires de services (avec le concours de l'INTRAH et le financement de l'USAID). Ce curricula a été utilisé pour cinq formations (à Zinder, Maradi, Agadez, Tahoua et Diffa). Suite à ces expériences, en août 1990 la DPF a fait une évaluation de ce curricula en vue de l'améliorer selon les expériences et de le standardiser pour les formations futures. Le résultat a été un curricula de trois semaines basé sur les tâches PF attribuées aux médecins, sage-femmes et infirmiers (donc axé sur les aspects cliniques de PF, l'IEC, et la gestion de services). Ce curricula a été approuvé par la DPF et le CNSF.

Jusqu'à présent, la formation des prestataires de services en PF est faite 1) de façon formelle par le personnel du niveau central avec la participation d'un ou deux formateurs régionaux ayant assisté à la formation des formateurs en 1989, 2) de façon informelle par le

personnel sur le terrain, et 3) en envoyant certains personnels aux programmes de formation à l'extérieur.

Au niveau central, la DPF (avec le financement du Projet) et le CNSF (avec le financement FNUAP) se sont engagés à faire des formations des prestataires de services en PF. Ces deux centres se sont mis d'accord sur l'utilisation du curricula standard pour la formation clinique. Cependant, l'exécution de la formation par ces deux organismes n'est pas encore uniforme. Le CNSF suit les objectifs et le contenu du curricula standard mais il mène la formation en deux au lieu de trois semaines en enlevant la plupart de la pratique (ce qui est essentielle pour la mise en application des connaissances et la maîtrise des aptitudes).

Sur le terrain, les prestataires de services PF organisent des rotations du personnel non-formé dans le service PF et leur donne des exposés et lectures etc.

Chaque année, un certain nombre de personnel de la santé font leur formation clinique à l'extérieur, soit au Maroc soit en Tunisie soit à l'Ile Maurice. La formation au Maroc et en Tunisie est axée sur la pose de DIU. Aucune de ces formations traite l'IEC ni la gestion de service (selon les besoins du Niger).

Cette combinaison d'activités de formation ne répond pas bien aux besoins en personnel formé en PF, ni en quantité ni en qualité.

Avec la formation de formateurs régionaux en 1991, sur le curriculum standard, il est prévu de décentraliser la formation des prestataires de services. Ceci devrait permettre la formation plus uniforme d'un plus grand nombre d'agents de santé.

3.5 Formation des agents sociaux en IEC pour la PF

(voir la section suivante: C. Information, Education et Communication)

3.6 Intégration de la PF dans les programmes de formation de base

La DPF a commencé à collaborer avec la FSS et le MSP pour l'intégration de la PF dans les programmes de formation de base du personnel de la santé. Bien que l'Accord de Subvention a spécifié la collaboration seulement avec le FSS et l'ENSP, la DPF collabore actuellement avec ces deux écoles plus l'ENICAS, ce qui est nécessaire pour assurer l'intégration de la PF dans la formation de base des infirmiers certifiés et les agents sociaux.

Les activités d'intégration de la PF dans les curricula des différentes écoles peuvent être retardées par le fait que ces trois institutions envisagent une ré-organisation de tout leurs curricula et prévoient l'intégration de la PF comme aspect de cette re-organisation. Les deux écoles paramédicales ont adopter des stratégies pour assurer une certaine formation de base avant

que les étudiants terminent leurs études (voir 2.1.2 ci-dessus).

La DPF, l'équipe technique d'URC, ainsi que de l'équipe d'évaluation sont d'avis que l'intégration de PF dans les écoles médicales et paramédicales ne peut pas avoir lieu en dehors des révisions prévues des curricula.

3.7 Formation des médecins en techniques de stérilisation

Il n'est pas prévu pour le moment une formation de médecins en techniques de stérilisation pour les raisons qu'il n'y a pas beaucoup de demande à ce stade du programme, et que les médecins chirurgiens à l'intérieur du pays sont les expatriés.

3.8 Formation des pharmaciens

La DPF ne juge pas la formation des pharmaciens une priorité pour le moment par rapport aux autres activités de formation.

3.9 Collaboration avec le MEN et le MJS pour le développement d'un programme Education a la Vie Familiale pour les écoles secondaires

La DPF a répondu à une demande de collaboration faite par le MEN et le MJS qui n'était pas prévue dans l'Accord de Subvention. L'objectif de cette demande était d'assister le MEN et le MJS dans la formation des enseignants en matière d'éducation à la vie familiale dans les écoles premières et secondaires (surtout la formation des enseignants ménagers). Il y a eu plusieurs entretiens. Le MEN a préparé un document de référence pour les enseignants de 12 collèges pilotes et ils ont organisé un atelier sur l'utilisation de ces matériels. (Le programme SIDA a organisé aussi un atelier à l'intention des professeurs des écoles secondaires.)

Etant donné qu'il y a un nombre élevé de grossesses parmi les écolières et que le MEN et le MJS ont demandé l'assistance technique pour répondre à ce problème, il serait intéressant que la DPF continue à collaborer avec les deux ministères dans la formation de leur personnel.

3.10 Choix de personnel pour les formations

Un problème qui se pose jusqu'à présent, au niveau de la formation, est qu'il n'y a pas toujours une logique en ce qui concerne ni la séquence de formation pour une personne donnée ni des priorités de formation PF selon les tâches des différents cadres de personnel. Cette situation est compliquée par le fait que 1) auparavant les critères pour les nominations de personnel pour les différentes formations PF n'étaient pas toujours claires ni respectées, et 2)

les nominations pour les différentes formations sont faites par plusieurs bureaux aux niveaux du MSP et du MAS/PF.

La DPF est en train d'établir un système pour mieux programmer les formations à l'avenir. Ce système inclut 1) les descriptions de tâches pour le personnel de santé implique dans la prestation de services PF; 2) un recensement des formations antérieures en PF de tout le personnel de la santé et l'élaboration d'une table de service du personnel qui permet aux responsables de suivre les formations reçues par le personnel et de mieux analyser les besoins de chaque département; et 3) l'établissement des priorités de formation et de choix du personnel à former pour l'avenir. Ce système sera difficile à exécuter tant que les décisions concernant les nominations du personnel pour la formation PF soient fait indépendamment par plusieurs bureaux.

3.11 Contraintes principales à l'exécution des activités

1. Acquisition des aptitudes nécessaires à la prestation de services PF.

Le curriculum élaboré par la DPF répond bien aux aptitudes nécessaires à la prestation de services PF. Cependant, ce curricula n'est pas le seule en application et l'équipe de formateurs de la DPF n'est pas la seule équipe de formateurs PF. Une évaluation de performance du personnel formé en PF montre certaines lacunes dans la prestation de services. Ces lacunes peuvent être comblées par le biais de 1) la supervision qualitative du personnel, 2) la formation des formateurs suivi de la décentralisation de la formation des prestataires de services, et 3) les recyclages éventuels.

2. Adéquation de ressources pour atteindre les objectifs du Projet.

L'expansion de la formation exigera plus de ressources que prévues dans l'Accord de Subvention du fait que 1) le besoin de formation exprimé par les DDS nécessitera la formation d'au moins deux fois le nombre prévu de prestataires de services (au moins pour les deux années à venir), et 2) la supervision intégrée et qualitative nécessitera la formation du double des superviseurs prévus. La DPF prévoit aussi le recyclage d'un certain nombre de prestataires de services qui ont des lacunes exigeant un recyclage.

4. Recommandations

Il est recommandé au Bureau de Formation de:

a) faire la formation des formateurs régionaux comme prévu. Dans la programmation de cette formation il faut tenir compte des critères de choix de candidats (leur disponibilité aussi bien que leur rôles actuels en SMI/PF) et

prévoir des activités de formation du personnel périphérique suivant la formation de formateurs.

b) décentraliser la formation clinique/IEC en cours d'emploi comme prévu. Ces formations devraient suivre la formation des formateurs pour que les formateurs nouvellement formés puissent pratiquer leurs aptitudes et renforcer leurs compétences. (Une manière proposée pour renforcer ces aptitudes est de programmer les formations en regroupant les participants et les formateurs de plusieurs départements à la fois. Cela donnerait à chacun des formateurs l'occasion de mener plusieurs formations par an si, par exemple, chaque département forme une trentaine de personnes pendant l'année. Cette stratégie permettrait aussi aux formateurs les moins expérimentés de travailler avec les collègues plus expérimentés.)

Le Bureau de Formation devrait fournir (au besoin) de l'assistance technique aux formateurs régionaux dans: la programmation des formations, le choix du personnel à former, la recherche de ressources de formation, et dans l'exécution des formations jusqu'à ce que ces derniers soient suffisamment compétents et à l'aise avec les formations.

c) collaborer avec la Division des Services de la PF et le Bureau de Suivi, ainsi qu'avec les responsables des autres programmes SSP/SMI, dans la formation du personnel régional en gestion des programmes et supervision du personnel des services santé familiaux.

d) continuer la collaboration avec les écoles médicales et paramédicales pour l'intégration de la PF dans leur curricula au moment des révisions de curricula.

e) continuer la collaboration avec le MEN et le MJS pour la formation des enseignants en matière d'éducation à la vie familiale.

f) utiliser la formation au Maroc et en Tunisie comme terrain de formation pour la pose de DIU pour le personnel déjà formé en PF clinique.

g) assister la FSS dans l'intégration de la PF dans les stages en santé publique pour les étudiants en médecine en attendant la révision du curriculum.

C. Information, Education et Communication

1. Activités escomptes:

Dans le document de projet, trois activités principales d'IEC sont envisagées:

1.1 La formation du personnel en IEC
1.2 La mise en oeuvre d'une campagne nationale d'IEC qui comprend les activités de communication interpersonnelle au niveau des structures de santé et de la communauté, et les activités de mass média.
1.3 La sensibilisation des leaders d'opinion

1.1 La Formation du personnel en IEC

Les activités de formation en IEC prévues dans le projet vise le personnel du MSP et du MAS/PF du niveau central jusqu'au niveau des structures de santé. Celle-ci concerne surtout l'élaboration et l'exécution des programmes de recyclage pour: les membres du Bureau d'IEC de la DPF; les responsables régionaux au niveau du département et l'arrondissement; les prestataires de services; et les assistants sociaux. L'accord de subvention prévoit:

1.1.1 Participation du Chef du Bureau IEC de la DPF dans un programme de formation à court terme à l'étranger en matière de conception, gestion et évaluation des programmes IEC.

1.1.2 Participation d'une personne de chaque département dans un séminaire de court terme en IEC organisé par le Centre d'Etudes sur la Famille Africaine ou autre institution appropriée.

1.1.3 Participation de quatre personnes dans deux voyages d'études à d'autres pays africains afin d'étudier des programmes IEC.

1.1.4 Formation des assistants sociaux (approximativement 80) au cours de quatre séminaires sur la technologie contraceptive et l'IEC. La supervision/suivi des assistants sociaux suite à la formation sur le site et la soumission des rapports d'activités aux responsables de programme.

1.1.5 Intégration des techniques et méthodes d'IEC dans la formation de base des assistants sociaux, médecins, infirmiers et sage-femmes.

1.2. La Compagne de l'IEC

D'après l'accord de subvention, la mise en oeuvre de la campagne d'IEC inclut:

1.2.1 les travaux de recherche au niveau du publique
1.2.2 l'élaboration des messages en IEC
1.2.3 l'élaboration et l'acquisition du matériel d'IEC
1.2.4 le counseling et éducation de groupe par les prestataires de service au sein des services de santé et au niveau de la communauté
1.2.5 l'exécution d'une campagne d'IEC au niveau de chaque département
1.2.6 une campagne par le biais des mass média.

Bien que l'Accord du projet envisage une "campagne" nationale d'IEC, il semble plus approprié de parler d'une "stratégie" national d'IEC en santé familiale puisqu'il s'agit surtout d'activités continues dans le cadre des services de santé et d'action sociale plutôt que d'activités ponctuelles et limitées dans le temps.

1.3 La Sensibilisation des leaders d'opinion (Constituency development)

Le document de projet préconise deux conférences nationales pour les leaders d'opinion afin d'obtenir leur appui pour les Activités de santé familiale. Les conférences devraient s'adresser aux membres des organisations existantes qui servent de mécanismes de participation et de mobilisation populaires tels que l'Association Islamique, l'AFN, la Samariya, l'Association des Chefs Traditionnels, et les autres associations socio-professionnelles.

2. Réalisations et observations relatives à chaque activité

2.1 La Formation du personnel en IEC

2.1.1 Activités de formation menées pour les responsables nationaux et départementaux

Le personnel du MSP et du MAS/PF a participé à des activités de formation de deux types: des séminaires de formation à l'étranger; et voyages d'étude dans d'autres pays.

2.1.1.1 Séminaire IEC à Washington:

Un séminaire d'orientation en IEC d'une durée de trois semaines était organisé au mois d'avril 1990 à Washington, D.C. Huit personnes de trois ministères (MSP, MASPF et l'Information et Communication) ont assisté: six du niveau central et deux des départements de Dosso et Zinder. Un des trois membres du Bureau d'IEC de la DPF y a participé. Le but était

de créer un noyau de personnes qui pourrait coordonner les activités d'IEC/PF. Les objectifs du séminaire étaient: de créer un esprit d'équipe; de valoriser l'IEC dans le projet; d'éloigner le groupe de personnes de leur environnement habituel pour favoriser leur concentration sur le contenu du séminaire; de travailler avec des experts américains; de pouvoir observer et discuter des exemples de matériel IEC développés dans d'autres pays; et d'élaborer un programme IEC pour le Niger.

Observation: Etant donné les objectifs du séminaire, il n'est pas clair que le lieu, le choix et le nombre de participants du séminaire était optimal. Selon l'équipe d'Evaluation il aurait été préférable d'organiser un séminaire d'orientation au Niger avec la participation des représentants de tous les départements avec lesquels le programme doit collaborer, et avec l'appui des consultants venant de l'extérieur. Les avantages d'avoir organisés un tel séminaire aux E.U. ne sont pas clairs et les inconvénients sont nombreux.

2.1.1.2 Formation IEC à Tunis organisé par PCS

Deux coordonnateurs départementaux de l'Action sociale ont assisté à ce cours de trois semaines au cours de 1990.

2.1.1.3 Voyage d'étude au Burkina Faso

En octobre 1990 un groupe de six personnes du MSP et MAS/PF a participé à un voyage d'étude au Burkina Faso pour enquérir de l'expérience du Burkina en matière de PF en ce qui concerne l'IEC et formation en PF. Tous les participants jouent un rôle soit dans l'IEC soit dans la formation en PF à un niveau ou l'autre.

Observation: L'échange d'idées mené avec les burkinabes semble avoir été fructueux bien qu'un des centres les plus importants et innovateurs d'Afrique francophone dans le domaine de l'éducation/ animation communautaire (CESAO) à Ouagadougou n'a pas été visité.

Observations et suggestions générales sur la stratégie adoptée pour la formation du personnel du niveau central et régional:

Le Bureau d'IEC de la DPF est censé planifier, coordonner et suivre le programme national d'IEC. Il est composé de trois agents: deux assistantes sociaux et une sage-femme.

Observation: L'expérience des trois personnes dans le domaine de l'IEC est limitée en termes de leurs connaissances et compétences dans les domaines de: la recherche communautaire préalable à l'élaboration des stratégies IEC; les approches à la réalisation de matériel imprimé ou de mass média; les nouvelles approches à l'éducation communautaire non-directives et de mobilisation sociale; et la planification, gestion et évaluation de programmes. Donc, en plus de la formation et de l'appui continue de l'Assistant Technique qui est prévues pour elles dans le

11

document de projet, et qui est essentiel, d'autres mécanismes pour renforcer les compétences des membres du Bureau IEC peuvent être envisagé.

Suggestion: Relative à ces observations et étant donné le rôle assigné au Bureau IEC de planification et suivi global du programme IEC national, il n'est pas nécessaire ni possible que les membres du Bureau IEC soient en mesure de tout faire eux-mêmes. Dans la mesure possible, des tâches discrètes qui demandent une expertise particulière, telle que l'élaboration de matériel, devrait être déléguée à des consultants ou sociétés ayant l'expertise nécessaire. Par exemple, il serait mieux d'envisager la préparation du matériel visuel et la mise en page des documents didactiques sur l'ordinateur Mackintosh par un consultant spécialisé en informatique plutôt que d'imaginer que les membres du Bureau IEC, qui suivent actuellement un cours en graphique informatique, soit en mesure de le faire.

Observation: Le but de la formation des collaborateurs nationaux et régionaux est de renforcer leurs compétences en matière d'IEC pour leur permettre d'élaborer et d'exécuter des stratégies d'IEC nationales et régionales. D'autre part, la formation doit avoir une certaine harmonie dans l'approche utilisée pour les différentes régions. Dans cette optique, la stratégie adoptée par le projet, qui consistait à envoyer des collaborateurs à des séminaires à l'étranger ou sur des voyages d'études dans différents pays, ne semble pas la plus appropriée.

Bien que les voyages d'étude et la formation à l'étranger soit d'habitude bénéfiques pour les individus qui y participent, il est important d'évaluer les avantages et inconvénients de ces expériences, surtout en terme de leur impact potentiel sur le programme donné mais aussi en terme du coût par rapport à d'autres formules qui visent le renforcement de connaissances et compétences, notamment des séances de formation organisées dans le pays avec l'assistance des consultants extérieurs si nécessaire. Le projet a décidé d'organiser des voyages d'étude et la formation à l'étranger et jusqu'à présent aucune formation au niveau national ou régional n'a été organisée pour les différents collaborateurs en IEC du MSP et MAS/PF.

Par ailleurs, les activités de formation déjà réalisées et prévues ne touchent qu'une partie des personnes directement impliquées dans les activités IEC/EPS au niveau départemental à savoir, les coordonnateurs de l'Action sociale, les membres de l'Antenne d'EPS, les Responsables de SMI/PF. Jusqu'ici le projet n'a pas organisé d'autres activités de formation informelle, à savoir des réunions, séances de concertation ou de planification pour l'ensemble des collaborateurs départementaux ni au niveau de Niamey ni au niveau des départements. Ces genres de rencontres semblent prioritaires pour l'avenir.

Suggestion: Etant donné l'objectif de décentraliser le programme d'IEC dans les régions, le rôle du Bureau d'IEC national dans le processus de décentralisation et la stratégie pour y arriver doivent être soigneusement définis. Pour aboutir à une décentralisation cohérente et consistante, il y a un clair besoin de renforcer des compétences des collaborateurs régionaux, que ce soit à travers des séances de formation formelle ou de "formation informelle." Pour que les responsables de l'Action sociale et de l'EPS au niveau régional soient en mesure de mettre en oeuvre des stratégies d'IEC au niveau des leurs départements, stratégies qui sont

systématiquement planifiées et gérées et qui incorporent des nouvelles approches de communication au niveau des centres aussi bien qu'au niveau communautaire, ils auront besoin d'un appui substantiel de la part du Bureau d'IEC national. Cet appui devrait nécessairement inclure mais pas se limiter à la fourniture de matériel d'IEC. L'accent doit être mis sur le renforcement des compétences relatives aux systèmes d'identification de besoins, de planification, et de suivi/monitoring des stratégies d'IEC. Dans le but de promouvoir la mise en place des programmes d'IEC régionales, il est suggéré que le Bureau d'IEC national: 1) organise des rencontres nationales d'orientation/formation pour les collaborateurs régionaux de tous les départements, 2) organise des séances périodiques de planification et de suivi des stratégies d'IEC au niveau de chaque département, et 3) continue à recenser et répondre, dans la mesure du possible, aux besoins en matériel d'IEC des départements.

2.1.2 Formation en IEC des prestataires du MSP

Beaucoup de prestataires du MSP formés en PF clinique, surtout ceux formés à l'extérieur du pays, n'ont pas reçu une formation en IEC. D'autres prestataires ont été formés dans les séances de formation basées sur le curriculum préparé en collaboration avec INTRAH. En 1990 le Bureau de Formation du DPF a développé un nouveau module IEC à inclure dans la formation clinique en PF.

Observations: La décision de réviser le module IEC était très pertinente vu les lacunes dans le module IEC du curriculum d'INTRAH en termes de concepts présentés et surtout du fait qu'il est plus théorique que pratique. Le nouveau module IEC a été soigneusement développé et il est nettement amélioré surtout en termes pédagogiques, ayant incorporé autant que possible des exercices d'application des techniques de counseling et d'éducation. En termes de contenu, il est suggéré que certains concepts de base de communication soient révisés (voir suggestions détaillées dans la section sur le curriculum IEC pour les agents sociaux). Dans le nouveau module IEC, l'accent est mis sur le counseling individuel et moins sur l'éducation de groupe. Ceci est très approprié étant donné que le counseling actuellement fait dans les services semble insuffisant et de faible qualité, et le fait que les prestataires de services font l'éducation de groupe beaucoup moins que l'éducation individuelle.

Suggestion: Etant donné que la qualité de la communication entre prestataire et client a une forte influence sur la satisfaction et le comportement des clients, la formation IEC doit permettre aux prestataires de maîtriser des informations à fournir aux clients et renforcer des attitudes positives de ces agents envers la PF et des clients. Le rythme auquel la formation du personnel se fait est faible et dans la mesure du possible devrait être accéléré.

2.1.3 Formation en IEC des agents sociaux:

Plusieurs séances de formation en IEC destinées aux agents sociaux ont été organisées avant 1989, chacune avec son propre curriculum. Les Bureaux d'IEC et de Formation ont

conjointement décidé qu'il était nécessaire d'élaborer un curriculum basé sur le rôle des agent sociaux en IEC/PF et de standardiser la formation dispensée. Dans un premier temps, le Bureau d'IEC a travaillé sur la définition de ces tâches, laquelle n'existait pas auparavant. A partir de ces tâches, tout le programme de formation était développé, s'inspirant beaucoup du curriculum d'IEC d'AVSC. Le nouveau module d'une durée de 3 semaines était utilisé et testé lors d'une séance de formation menée à Kollo en décembre 1990 assisté par 15 agents, dont 12 étaient des assistants sociaux. Les participants ont inclus: 7 assistants sociaux de terrain, 3 enseignants de ENSP et de ENICAS (prévoyant leur participation dans la révision des curriculums des écoles), 2 coordinateurs régionaux de SMI/PF et 2 personnes du Bureau d'IEC de la DFP.

Observations: Dans l'ensemble, en termes de contenu aussi bien que de pédagogie, le nouveau curriculum est très bien élaboré. Il incorpore plusieurs nouveaux éléments de contenu qui sont très pertinents pour les agents sociaux: la clarification de valeurs personnelles; l'enquête communautaire; les techniques éducatives à utiliser avec des groupes telles que la saynète et historiette qui prêtent à une plus grande participation du groupe. Du point de vue pédagogique, le curriculum est extrêmement bien élaboré et incorpore une multitude de techniques d'apprentissages actifs qui favorisent l'éducation des adultes. D'une façon générale, les agents de santé et sociaux tendent à employer une approche uni-directionnelle de la communication qui inclut les notions de: émetteur, message, récepteur et feed-back. (Souvent le feed-back consiste uniquement à répéter le message transmis.) Le module IEC suggère les insuffisances de cette approche mais n'approfondit pas d'autres alternatives d'approche.

Suggestions: Pour mieux renforcer des thèmes du module IEC, il faut revoir l'approche de la communication prévue dans le curriculum et inclure certains concepts particulièrement pertinents à la communication en PF, notamment:

* le concept et schéma de communication comme un processus d'échange, de résolution de problèmes, de convergence d'opinion, et non uniquement comme le transfert d'information et d'attitude;

* le concept de culture et son influence sur les connaissances et attitudes aussi bien des populations que des agents de développement;

* l'utilisation des questions d'évaluation et d'application lors des séances éducatives en plus des questions de rappel

* l'importance, l'identification et l'utilisation des noyaux de communication sociale (social networks) et des leaders informels dans les stratégies d'éducation communautaire visant des changements d'attitudes et de comportement

Le nombre d'assistants sociaux formés avec le nouveau curriculum d'IEC est très faible du fait que seulement une séance de formation en IEC a eu lieu au cours de l'année, et dont seulement 7 participants étaient des assistants sociaux de terrain. Etant donné que le projet essaye de mettre l'accent sur les activités de communication interpersonnelle au niveau des

services de santé et au sein de la communauté, la formation des agents sociaux est une priorité. Seulement une séance de formation d'assistantes sociales est prévue pour mi-1991 en vue de tester le curriculum une deuxième fois avant de former des formateurs qui l'utiliseront par la suite. Bien que la qualité de la formation fournie soit très importante relative à son impact éventuel, vu l'urgence de former d'avantage d'assistants sociales et dans un délai raisonnable, il est peut-être trop demandé d'attendre pour tester le curriculum une deuxième fois avant de faire la Formation des Formateurs. Il est suggéré que les modifications prioritaires identifiées lors du premier test soit incorporées, que l'idée de faire un deuxième test soit abandonné, et que la Formation des Formateurs soit programmée plus tôt en 1991.

En ce qui concerne l'appui pour l'intégration de l'IEC dans les programmes d'enseignement en PF dans les écoles de formation de base, le projet devait apporter un appui à l'Ecole Nationale de Santé Publique et à la Faculté des Sciences de la Santé. Cette tâche relève du Bureau de Formation de la DPF et elle est en cours.

2.1.4 Activités de formation prévues:

Bureau IEC de la DPF.

La Coordonnatrice d'IEC partira dans les prochains mois pour suivre un cours d'un mois à l'Université de Californie à Santa Cruz sur la gestion des programmes d'IEC.

Observation: Ce cours semble très pertinent pour les besoins du programme IEC et son rôle respectif.

Bureau IEC (DPF) et Département SMI/PF (MSP)

Deux personnes du niveau central, une du Bureau d'IEC de la DPF et l'autre du Département SMI/PF du MSP, assisteront à un cours de quatre semaines en avril-mai 1991 sur l'IEC organisé par le CAFS à Lomé. Puisqu'un des participants est du SMI/PF du MSP, il est souhaitable que cette formation serve également à renforcer les liens entre le Département SMI/PF du MSP et le Bureau d'IEC de la DPF.

Voyage d'étude au Maroc

Un voyage d'étude est prévu au milieu de 1991 au Maroc pour 1) étudier les stratégies mises en place pour impliquer des agents sociaux et de santé dans les activités d'IEC des programmes intégrés de SMI/PF, et 2) voir l'approche utilisée dans le développement du matériel de mass média pour le programme PF.

Observations: Il sera utile de revoir les objectifs et besoins du programme d'IEC pour assurer que le choix du Maroc comme destination d'un voyage d'étude est le plus indiqué. D'une part, il n'y personne au sein du Bureau IEC qui est très expérimenté dans la conceptualisation et l'utilisation des techniques d'éducation ou d'animation participative et non-

formelle, ce qui est une priorité pour les activités d'IEC communautaires et éventuellement villageois. Il pourrait être intéressant d'identifier un pays ou les expériences de ce genre ont déjà été développées. Au Burkina Faso, par exemple, le GRAPP et le CESAO travaillent beaucoup dans ce domaine. Au Kenya, il y a des expériences en cours avec l'utilisation du théâtre communautaire. L'actuelle assistant technique auprès du Bureau d'IEC est experte dans le développement du matériel de mass média, et donc ce domaine semblerait moins prioritaire comme objectif d'un voyage d'étude.

Suggestions relatives aux activités de formation dans l'avenir

Prestataires de service. Les résultats préliminaires de l'évaluation de performance suggèrent qu'il y a beaucoup de lacunes dans les compétences des prestataires en communication interpersonnelle lors du counseling. Le projet devrait voir comment intensifier le programme de formation clinique qui inclut le module IEC et aussi étudier la possibilité d'organiser des sessions de formation pour les prestataires de santé qui ont reçu une formation en PF clinique mais qui n'ont pas été formé en IEC ou qui ont reçu une formation inadéquate. L'accent mis sur le counseling individuel dans le module IEC pour les prestataires, plutôt que l'éducation de groupe, devrait être maintenu.

Assistants sociaux. Une session de formation en IEC pour des assistants sociaux est prévu au CNSF en juin-juillet 1991 mais il n'est pas certain que le nouveau curriculum soit utilisé. Il est souhaitable que la séance de formation au CNSF se base sur le curriculum IEC préparé par le Bureau de Formation de la DPF.

2.2 La campagne d'IEC

2.2.1 Les travaux de recherche au niveau du publique

L'accord de subvention prévoit que la recherche sur les connaissances et attitudes relatives au PF sera menée au niveau des groupes cibles dans quatre Départements: Tahoua, Agadez, Dosso et Diffa. Cette activité était prévue pour compléter la recherche déjà menée dans les Départements de Zinder, Maradi et Niamey. L'information ainsi recueillie devrait servir comme base pour l'élaboration des messages, matériels et média. Cette activité n'a pas encore été menée alors que la décision a été prise de ne pas employer une méthode quantitative de recherche, méthode utilisée dans la recherche menée dans les 3 Départements mentionnés, mais qu'une méthode qualitative est préférable. Anticipant la réalisation éventuelle de cet objectif dans les quatre départements, un groupe d'enquêteurs a été formé pour faire de la recherche qualitative à la base des discussions de groupe dirigées; ils ont menés une première collecte d'information sur le PF et le SIDA à Niamey. Par la suite, ce même groupe devrait participer à la recherche qualitative dans les différents départements y compris les quatre signalés dans l'objectif.

Observation: La décision d'utiliser une méthode de recherche qualitative plutôt que quantitative pour recueillir les informations nécessaires à l'élaboration des messages et matériel éducatifs est appropriée.

2.2.2 Le développement du matériel d'IEC

Dans le document du projet, la production d'une variété de matériel d'IEC est prévue: du matériel promotionnel; du matériel didactique pour les prestataires de santé et agents sociaux; et du matériel éducatif pour utiliser avec les clients au niveau des centres de santé et de la communauté. Le Bureau d'IEC a créé un Groupe de Coordination d'IEC/PF qui est censé suivre la conception de tout matériel IEC et qui est composé des personnes du Bureau IEC de la DPF, du CNSF, de l'EPS, d'un journaliste et des représentants des Départements de Zinder et Dosso. Le Bureau d'IEC a fait un grand effort non seulement pour établir Le Groupe de Coordination de l'IEC/PF avec représentation des différents services concernés mais également pour impliquer d'autres membres de la DPF dans l'élaboration du matériel d'IEC. Bien que cette initiative de susciter la collaboration entre les différents partenaires du programme d'ICE/PF est excellente, il se peut que le processus d'élaboration du matériel ait été trop participatif, que trop de personnes aient été directement impliquées dans l'élaboration du contenu et forme du matériel, et que ceci ait contribué aux retards dans l'élaboration des différents matériels. Il est important de signaler également que le Bureau d'IEC a collectionné une grande variété de matériel d'IEC d'autres pays afin de s'inspirer du point de vue contenu et forme, autant que possible, du matériel préparé ailleurs.

Quand le projet a démarré, plusieurs types de matériel promotionnel ayant été identifiés dans le cadre de la collaboration avec PCS de John Hopkins University, étaient déjà en cours de production, à savoir les badges, pagnes, tee-shirts, affiches, auto-collants et chemises. En 1990 ces différents matériels ont été achevés et distribués. A partir d'une discussion avec les membres du Bureau d'IEC sur les résultats relatifs à la production et diffusion de ces différents matériels, il semble que les résultats de la production et diffusion ont varié d'un matériel à l'autre. Il n'est pas évident que l'objectif de ce matériel qui était de sensibiliser les gens au PF, ait été atteint. Certaines pagnes qui étaient vendues à un prix subventionné se sont vite écoulées tandis que celles vendues aux prix de revient n'ont pas été tellement recherchées et les commerçants hésitent à continuer de les vendre. La vente des tee-shirts a également présentés certains problèmes. Les autres types de matériel (badges, affiches, auto-collants et chemises) produits en quantités importantes seront distribués lors des événements et occasions spéciales de PF.

Observation: Le matériel promotionnel est très utile pour informer le publique du programme PF mais en général pour promouvoir les changements d'attitudes et de comportement, l'impact du matériel promotionnel reste limité. A cet égard, avant d'en produire davantage, il sera conseillé de réévaluer l'utilité de ce type de matériel par rapport aux objectifs et priorités du programme.

Le Groupe de Coordination d'IEC/PF a identifié comme priorité l'élaboration du matériel didactique pour les prestataires de santé et des agents sociaux. En premier lieu, un Guide de Prescription en Planification Familiale a été envisagé. Ce guide a été élaboré pour l'utilisation des prestataires de service et pour les agents sociaux. Il inclut une description de la gamme de contraceptifs disponibles, un glossaire de termes PF et une liste des mots clés de PF en haoussa et djerma.

Observation: Le guide a été soigneusement développé par le Bureau d'IEC avec l'appui du Groupe de Coordination de l'IEC/PF. Le processus utilisé pour élaborer le Guide était très systématique et l'expérience a servi non seulement à produire un matériel didactique qui sera extrêmement utile dans les services de santé, mais a également servi d'apprentissage pour l'équipe d'IEC qui y a travaillé. Cette expérience leur servira dans la confection de matériel à l'avenir. Actuellement, le guide est dans les dernières étapes de modification et la production en série devrait avoir lieu en mai/juin 1991. Tous les membres du Bureau d'IEC et de la DPF ont participé à l'élaboration du Guide de Prescription. Le travail sur le Guide a commencé fin 1989 et bien que les membres du Bureau d'IEC ont beaucoup appris à travers cette expérience la question se pose s'il n'aurait pas été possible de diminuer le temps de préparation du guide soit en utilisant un processus de travail moins participatif, soit en faisant recours à un consultant qui aurait pu organiser et suivre de près un tel travail pour l'achever dans un plus court délai.

Suggestion: Dans la mesure possible, pour des tâches semblable de développement de matériel, les consultants de courte durée devraient être utilisés. Le Bureau d'IEC prévoit la distribution du Guide aux participants lors des séances de formation en IEC et aussi d'en placer au moins un dans chaque structure de santé. Etant donné que les services de santé n'ont pratiquement pas de matériel de référence en PF, le Guide sera certainement très apprécié et devrait être distribué aussi vite que possible.

Le Bureau d'IEC avec le Groupe de Coordination IEC/PF a décidé d'élaborer du matériel éducatif pour utilisation avec les clients individuellement et en groupe. Le matériel identifié comme prioritaire est déjà élaboré inclut: un pagivolte (flip chart); une mallette d'échantillons de contraceptifs; et une brochure sur les différentes méthodes de PF.

L'élaboration du pagivolte sur les méthodes contraceptives, basées sur un modèle du Ghana et adapté au Niger, est en cours depuis février 1990. Le pagivolte sera utilisé par les prestataires de santé et des agents sociaux lors du counseling individuel et de l'éducation de groupe. Un processus très systématique a été suivi pour l'identification du continu éducatif ainsi que des dessins correspondants. Une méthodologie pour tester le pagivolte a été préparé et la dernière phase du testing est programmé pour les prochains mois.

Observations: La présentation du pagivolte complet dans sa forme actuelle requise 15-20 minutes. Pour les prestataires de santé qui n'ont pas tellement l'habitude de faire l'éducation des clients du tout, il semble assez irréaliste d'imaginer qu'ils utiliseront fréquemment un matériel qui demande autant de temps. D'autre part, la taille actuelle du prototype est peut-être trop

grande pour l'utilisation individuelle. L'ébauche du pagivolte n'inclut pas des questions à poser aux clients bien qu'il suggère qu'il faut en poser.

Suggestions: 1) Une version plus petite de taille serait plus efficace pour l'utilisation lors du counseling; 2) la quantité de texte pour chaque dessin devrait être réduite pour inclure des éléments clés d'information pour que son utilisation prenne moins de temps; 3) pour l'utilisation dans l'éducation de groupe, le pagivolte devrait être plus grande pour permettre une meilleur visibilité; et 4) le texte qui accompagne chaque dessin devrait inclure des questions à poser aux clients. Ces questions devraient être non seulement des questions de rappel mais également des questions d'évaluation des connaissances au préalable, questions de réflexion et questions d'application des messages.

Une brochure d'information générale sur les méthodes contraceptifs a été élaborée pour distribution au niveau des centres de santé. Le Bureau d'IEC envisage l'élaboration des brochures plus détaillées sur chaque méthode pour distribution à ceux qui utilisent une méthode particulière. Ce projet semble important à poursuivre.

Les mallettes en cuire d'échantillon de contraceptifs, produit localement dans le cadre du projet, constitue un autre outil très pratique pour les séances d'éducation individuelle ou de groupe. Pour chaque centre ou les prestations de PF sont menées, au moins une mallette sera distribuée.

L'achat de l'équipement pour confectionner du matériel didactique et éducatif

Certain équipement ont été achetés par le projet pour le Bureau d'IEC, à savoir: un ordinateur MacIntosh (pour faire des graphiques), des magnétophones, des projecteurs de diapositives et écrans, les appareils de photo et un rétro-projecteur. Cet équipement a été acheté dans le but de: 1) permettre au personnel du Bureau IEC de produire certain matériel eux-mêmes, 2) avoir une petite collection de matériel audio-visuel pour permettre au personnel de la DPF d'utiliser les aides visuels acquis, et 3) pouvoir prêter du matériel aux collaborateurs au niveau de Niamey et dans les régions. Dans les derniers mois le personnel du Bureau d'IEC a suivi des cours de photographie et d'utilisation du Macintosh pour leur apprendre à faire des graphiques.

Observation: Que le Bureau IEC ait un équipement pour faciliter la production du matériel semble raisonnable. Néanmoins, il n'est pas clair que le rôle alloué au Bureau d'IEC de conceptualiser, suivre et évaluer des stratégies IEC au niveau national et d'appuyer toutes les activités au niveau des régions correspond avec une responsabilité directe pour confectionner du matériel.

Suggestion: Vu des contraintes en termes de ressource humaine au niveau du Bureau d'IEC, et la possibilité d'utiliser des consultants spécialisés en audio-visuel pour réaliser des travaux purement technique, les cours de photographie et d'informatique pour le Bureau IEC, ainsi que la production du matériel IEC par les membres du Bureau d'IEC eux-mêmes, sont à revoir.

Plan de distribution du matériel

Un plan de distribution du matériel élaboré jusqu'ici a été soigneusement préparé et une des personnes du Bureau d'IEC est responsable pour le suivi des commandes et de l'envoi de matériel. La distribution de tout matériel sera suivi par informatique.

2.2.4 Les activités éducatives dans les structures de santé

Le document de projet stipule que les campagnes d'IEC doivent:

- assurer l'intégration de la santé familiale dans les programmes d'EPS en SMI déjà menés par les formations sanitaires.
- fournir aux prestataires de service un matériel IEC à utiliser lors du counseling individuel et dans l'éducation de petits groupes

Observations: En ce qui concerne les activités éducatives individuelles et de groupe, on a recueilli des informations à base des résultats préliminaires de l'évaluation de performance, l'étude du CNSF sur les cas d'abandon, les discussions avec le Bureau d'IEC, et un nombre limité d'observations dans les structures de santé à Niamey et à Tilaberi. Toutes suggèrent que les activités d'éducation individuelle et de groupes menés dans les structures de santé présentent beaucoup de lacunes et faiblesses relatifs aux critères acceptables de performance. Les initiatives en cours et prévues par le projet dans ce domaine sont tout à fait pertinentes; toutes visent l'amélioration de la qualité de la communication et l'éducation faite dans les centres: la formation des agents en IEC; l'élaboration du matériel didactique de référence sur le PF; l'élaboration du matériel éducatif à l'intention des clients; la supervision périodique des agents. Concernant le premier objectif qui s'agit de l'intégration de l'IEC/PF dans les programmes d'IEC et EPS en SMI, le Bureau d'IEC a fait un effort d'établir des mécanismes de collaboration avec les responsables de SMI. Au fur et à mesure qu'ils entament des activités dans les régions, la collaboration avec les responsables de SMI et l'intégration des deux domaines d'intervention doivent être accentués et opérationnalisés dans les stratégies de programmes IEC en SMI/PF qui sont élaborées.

Les activités éducatives au niveau de la communauté:

L'accord de subvention spécifiée que les campagnes d'IEC menées au niveau départemental devraient inclures des activités en dehors des centres de santé au sein de la communauté. Il spécifié que les assistants sociaux doivent jouer un rôle principal dans l'organisation des activités avec les organisations de la mobilisation des masse existantes telles que la SAMARIYA et l'AFN. Le document suggère que ces activités peuvent inclure des réunions (au moins une réunion par mois par assistant sociale) et des activités spéciales pour promouvoir la santé familiale au niveau de la communauté (ex. théâtre, débats).

Observation: Jusqu'à présent, le projet n'a pas initié des actions pour appuyer ce genre

d'activités communautaires dans les régions d'une part parce que les premières priorités étaient de développer du matériel pour l'utilisation au niveau des centres de santé.

Suggestion: Dès maintenant le Bureau d'IEC devrait commencer à formuler une stratégie pour la promotion des activités de mobilisation sociale au niveau des départements. L'appui du Bureau aux régions doit consister non seulement d'un appui en matériel mais aussi en leur fournissant la formation et l'assistance technique sur la planification, l'exécution et le suivi de ces activités. L'appui du Bureau d'IEC ne doit pas se limiter aux Coordonnateurs de l'Action Sociale mais doit inclure également les Antennes d'EPS, les Coordonnateurs de SMI/PF et les Superviseurs PF. Dans les stratégies d'IEC communautaire, il est importantes que les activités visent la sensibilisation des hommes au PF.

2.2.6 Utilisation de mass média

Le document de projet prévoit:

- La construction des panneaux afin d'identifier l'emplacement des services de SF et promouvoir leur fréquentation
- L'appui des mass média dans les campagnes nationales et régionales d'IEC
- L'organisation de deux séminaires en programmation de la santé familiale pour la radio et la télévision
- La diffusion à la radio et télévision des pièces de théâtre présentées par les troupes théâtrales djerma et haoussa
- la diffusion des annonces de santé familiale dans le quotidien "le Sahel" et dans l'hebdomadaire "Sahel Dimanche"

Les panneaux qui annoncent les centres où les services de PF sont en cours d'être fabriqués. Le Bureau d'IEC se charge de suivre ce travail bien que le financement parvienne de la Banque Mondiale.

Les séminaires pour les journalistes de la radio et télévision n'ont pas encore eu lieu et ils ne sont pas prévus pour l'année 1991. Ceci est du aux priorités fixés par le Bureau IEC d'une part vu leur contraintes en ressources humaines. Par contre, un journaliste du Ministère de l'Information fait parti du Groupe de Coordination IEC/PF. Il a participé à la formation en IEC à Washington et depuis lors il a été assez assidu quant au reportage des événements PF d'actualité dans la presse quotidienne et hebdomadaire. Les pièces de théâtre en djerma et haoussa n'ont pas été présentées vu le temps que leur réalisation demanderait en termes de ressources humaines. Par contre, en 1991 la diffusion à la radio des saynètes sur le PF déjà préparées est envisagée.

Observations: L'utilisation des mass média, incluant la radio, la presse et la télévision, reste assez limité jusqu'ici bien que le reportage des événements PF d'actualité sont régulièrement couverts dans la presse écrite et à la radio. Au niveau de la DPF et du MSP les

avis sont assez partagés concernant l'utilisation des mass média d'une façon beaucoup plus intensive dans l'immédiat. D'une part, le personnel nigérien des bureaux d'IEC et de formation, comme tous les membres de l'équipe d'assistance technique URC, pensent que la qualité des services PF actuellement fournie est tellement faible qu'il serait mauvais de créer une demande intensif de services PF à laquelle les services existant ne peuvent pas répondre d'une façon adéquate. D'autre part ces mêmes personnes insistent que dans l'immédiat la priorité est de concentrer les ressources humaines de la DPF à renforcer la qualité des services disponibles à travers la formation, préparation de matériel éducatif et didactique et la supervision.

Suggestion: La décision de concentrer sur la qualité de services y compris l'éducation/communication interpersonnelle, et d'attendre avant d'intensifier l'utilisation du mass média est bien fondé. D'une part, lancer des campagnes intensives de mass média demanderait beaucoup de temps, surtout de la part du Bureau d'IEC et les empêcherait de concentrer sur les priorités déjà mentionnées, notamment l'amélioration de la qualité de l'éducation et de communication avec les clients et la communauté, et l'appui aux régions pour la décentralisation des programmes d'IEC. Néanmoins, il est recommandé que le Bureau d'IEC étudie la possibilité de mener des séminaires avec les journalistes, de la presse écrite et de la radio, au cour de l'année 1991 envisageant que la couverture des thèmes relatifs au PF augmentera, de diffuser des saynètes sur le PF à la radio et de continuer les négociations avec l'ORTN en vue des activités plus intensives de mass média dans l'avenir.

2.3 La sensibilisation des leaders d'opinion (Constituency development)

L'accord de subvention envisage des activités de "constituency development" appelé "sensibilisation des leaders d'opinion" par le Bureau d'IEC. L'accord prévoit deux conférences nationales pour sensibiliser les leaders des différentes organisations clés afin de susciter leur appui pour le programme de PF. Une des conférences est prévue pour mi-1991. L'accord de subvention préconise également l'organisation d'une Semaine Nationale de la Santé Familiale pour coïncider avec l'extension des services à tous les arrondissements. Ceci aura lieu éventuellement au moment ou les services au niveau de tous les arrondissements sont initiés.

Observation: Ce volet très important est une priorité dans la séquence d'expansion du programme PF national. Il est important de signaler qu'un travail considérable a été réalisé, d'une part avec l'appui du Projet OPTIONS et le soutien du Projet SF, au niveau national entre 1990 et 1991 dans le cadre de l'élaboration de la politique de population. Ceci a contribué d'une façon considérable à la sensibilisation des leaders d'opinion. Par ailleurs, dans la subvention la sensibilisation des leaders d'opinion est conçue comme une activité limité dans le temps et l'espace à deux séminaires nationaux.

Suggestion: Il est suggéré que la sensibilisation des leaders d'opinion fasse partie intégrante des stratégies de mobilisation sociale au niveau des départements, arrondissements et même villages. Le concept de leader d'opinion ne doit pas se limiter aux leaders formelles. Il devrait inclure, surtout au niveau des départements, les leaders informels qui ont beaucoup

d'influence sur la population. Ceci est particulièrement important dans le cas des femmes, qui sont moins souvent les leaders formels et sont plus souvent influencées par les leaders informels.

Questions clés:

1. Mesure dans laquelle des intrants du projet étaient délivrés comme prévus

Pour le volet IEC du projet deux types d'intrants principaux étaient prévus: 1) l'assistance technique, et 2) le matériel pour les campagnes d'IEC. En février 1990, l'assistant technique en IEC est arrivé au Niger et il est prévu qu'elle reste jusqu'en décembre 1992. Concernant le matériel pour les campagnes d'IEC, beaucoup de travail préliminaire et nécessaire pour la réalisation des campagnes d'IEC a été fait. Le Bureau d'IEC est organisé. Le matériel audio-visuel et l'équipement pour la production de matériel IEC a été commandé et reçu.

2. Obstacles majeurs à l'exécution des activités IEC

Une contrainte auquel le Bureau IEC, comme tout le projet, a du faire face est la création de deux ministères différents, MSP et MAS/PF, dans les premiers mois du projet. Ceci a constitué une contrainte dans la mesure où le temps nécessaire pour assurer la participation, l'approbation ou la prise de décision de la part des deux ministères différents était considérablement plus important que s'il y avait un seul Ministère comme était le cas au moment de l'élaboration de l'accord de subvention.

Une autre contrainte majeur est la faiblesse des compétences des membres du Bureau IEC dans l'élaboration, la gestion et le suivi des programmes d'IEC. Ceci explique d'une certaine mesure des retards dans la réalisation des activités prévues par le Bureau d'IEC et la nécessité de diminuer le nombre d'activités prévues et au cours de l'année 1990 et pour l'année 1991.

3. Mesure dans laquelle le but et résultats escomptés sont en cours de réalisation

Dans le domaine d'IEC, les activités menées jusqu'ici aussi bien que l'approche utilisée dans la planification et l'exécution de ses mêmes activités où l'équipe nigérien a pris autant de responsabilité que possible pour l'exécution du travail, ont contribué à la réalisation du but du projet qui est de renforcer des compétences des nigériens.

Concernant la réalisation des activités escomptées, les suivantes ont été achevées ou sont présentement en cours: 1) l'organisation du bureau IEC, 2) la définition des tâches des membres du Bureau IEC, 3) la préparation de l'ébauche de la stratégie national d'IEC/PF, 4) la formation du personnel en IEC à Washington, Tunis et Burkina Faso, 5) la commande d'équipement audio-visuel, 6) la production de différents matériels promotionnels et éducatifs (pagnes, tee-shirts, chemises, brochure, auto-collants, badges, affiches, mallettes d'échantillon des

contraceptifs), 7) la préparation des ébauches d'un
flipchart et Guide de Prescription en Planification Familiale, 8) le développement du plan de distribution de matériel, 9) la recherche qualitative d'audience sur la PF et le SIDA menée au niveau de Niamey, 10) la définition des tâches IEC/PF des agents sociaux, 11) la formation en IEC des agents sociaux, 12) la formation du personnel clinique en IEC, et 13) la fabrication et l'installation des panneaux du Programme de Santé Familiale dans les centres de santé.

D'autres activités escomptées dans la subvention du projet qui n'ont pas été entamées incluent: 1) les séminaires pour les leaders d'opinion, 2) les campagnes intensives de mass média, et 3) les campagnes d'IEC au niveau départemental et arrondissement. En 1991, au moins un des séminaires pour les leaders d'opinion sera organisés et les stratégies pour les campagnes d'IEC dans les régions devraient être définies.

4. Autres

La stratégie adoptée par le projet pour la formation des collaborateurs du programme IEC, au niveau central et régional, ne semble pas avoir été la plus appropriée d'une part parce qu'elle a été faite exclusivement en dehors du Niger, et d'autre part parce que jusqu'à présent tous les collaborateurs clés du niveau régional n'ont pas été impliqués dans une formation commune. Ceci représente une contrainte à l'exécution des activités d'IEC mais peut être rectifié dans l'avenir.

Une autre contrainte est que le Bureau d'IEC a eu très peu de contact avec ses collaborateurs du MSP et MAS/PF dans les régions.

D. Organisation du Programme National de PF, élaboration des techniques de gestion (Management Development) et recherche opérationnelle (R.O)

L'organisation de la DPF et la collaboration avec ses partenaires, ainsi que l'élaboration des techniques de gestion de l'organisation prévue par le projet, sont des aspects essentiels de la gestion. Ce chapitre considère donc l'organisation de la Direction du programme national de PF (PNPF), ses attributions, les techniques de gestion élaborées pour la Direction, et la recherche opérationnelle (R.O.). La R.O. trouve sa place ici car il s'agit d'un outil de gestion pour trouver des solutions aux problèmes d'exécution et de développement des programmes qui peuvent se poser. Les activités en ce qui concerne la gestion en matière d'approvisionnement en contraceptifs et de logistique sont prises en compte dans le chapitre qui suit.

1. La conception du projet en matière de gestion et de recherche opérationnelle.

1.1 Techniques de gestion

Eu égard à la complexité de la gestion d'un PNPF, le projet dans sa conception a recommandé de prêter une attention particulière à l'élaboration des procédures et systèmes de gestion, surtout en ce qui concerne la Direction de la Planification Familiale. Le plan de travail a prévu des activités dans les domaines de:

a. Planification du programme, y compris l'élaboration d'objectifs mesurables et de calendriers réalistes.

b. Gestion du personnel, y compris

- les normes de performance, la supervision et l'évaluation du personnel
- l'élaboration des normes standards de soins qu'utiliseront les prestataires de services de PF
- l'élaboration d'un protocole de supervision qui sera utilisé par les responsables régionaux

c. Budgétisation et Gestion Financière

d. Approches pour résoudre les problèmes

e. Suivi du programme

f. Evaluation du programme

g. L'élaboration de manuels sur les procédures.

1.2 Recherche opérationnelle

Le projet a prévu de faire une recherche opérationnelle (R.O.) pour identifier et trouver des solutions aux problèmes de management. On a conçu deux activités:

- o De la R.O. visant à voir s'il est possible d'utiliser les équipes de santé villageoises en qualité d'agents d'IEC et de distributeurs des contraceptifs donnés sans ordonnance.

- o De la R.O. pour voir s'il est possible de distribuer des contraceptifs non-prescrits par les pharmacies populaires comme points de vente.

2. Les activités et résultats obtenus jusqu'à la date de la première évaluation (avril 1989)

Le PNPF était, jusqu'au début de l'année 1988, réalisé par le Centre National de Santé Familiale (CNSF). Le 22 janvier 1988, la DPF a été créée au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales sous la Direction du Secrétaire d'Etat à la Condition Féminine et des Affaires Sociales. Actuellement, la DPF est devenue responsable de la gestion du PNPF. L'ancien responsable du CNSF a été nommé à la direction de la DPF (Dr. Maidouka). De suite, la DPF a dû s'occuper de la formulation du Projet bilatéral Santé Familiale et Démographie entre l'USAID et le Niger, qui fut approuvé le 17 août 1988.

Au début, l'organisation de la DPF comprenait deux services: Division de la PF avec Bureau de Formation et Bureau d'IEC; Division Recherche avec Bureau d'études et de programmation et Bureau de démographie et des statistiques. (Les modifications portées à cette organisation fin 1990 sont décrites ci-dessous). Le personnel a été progressivement affecté à la nouvelle direction au cours de l'année 1988.

En avril 1989, l'équipe de la première évaluation faisait les constatations suivantes:

- o une DPF devenue opérationnelle avec son personnel en place et une Directrice chevronnée en gestion de programmes de PF;

- o une bonne organisation et un plan détaillé de travail (dans la convention de subvention);

- o un appel d'offres en cours pour la mise en place d'une équipe d'assistance technique et de gestion financière.

Mais l'équipe constatait également: des conditions de travail difficiles: manque de locaux, de véhicules, d'équipement de bureau; un besoin de clarifier le rôle du CNSF, surtout en matière de responsabilités d'approvisionnement et de logistique des contraceptifs; nécessité de renforcer la supervision.

En conclusion, l'équipe de la première évaluation a estimé que les dispositions en cours pour la gestion, la supervision et la coordination militaient en faveur d'une exécution satisfaisante du projet.

3. La Situation Actuelle (mars 1991)

3.1 L'organisation de la DPF

a. L'évolution depuis deux ans

La situation a évolué de façon positive sur plusieurs points:

- Ré-organisation ministérielle d'avril 1989, création du MAS/PF avec cinq directions dont celle de la PF, transférée du MSP, d'où un besoin accru de coordination interministérielle;
- Intégration de l'équipe d'assistance technique de University Research Corporation (URC) dans la DPF à partir du mois de septembre 1989;
- Ré-organisation de la Direction par arrêté no. 0028/MAS/PF du 5 Octobre 1990.
- D'immenses progrès par rapport à la situation de départ en ce qui concerne l'équipement et les fournitures de bureau, les locaux, l'équipement informatique, et les véhicules (quatre) à la disposition de la Direction;
- Collaboration étroite entre les cadres nigériens et les conseillers techniques URC;
- Programme de formation en cours du personnel de la Direction sur place et à l'étranger;
- Système de gestion en élaboration;
- Collaboration interministérielle;

b. L'équipe d'assistance technique de URC

L'équipe d'assistance technique, d'après les termes de son contrat avec l'USAID (daté le 7 juillet 1989 pour une durée de 4 ans), est appelée à fournir une assistance technique à la DPF, à assumer le gestion financière des fonds compris dans son contrat pour l'approvisionnement et la formation à l'étranger et pour les achats de matériel et des prestations de services sur place.

L'équipe URC comprend trois conseillers techniques à long terme. Le conseiller en matière de gestion est le chef d'équipe et le conseiller auprès de la Direction. Arrivé au mois de septembre 1989, Dr. William Emmet s'occupe également de la gestion financière (ordonnateur payeur) car les fonds de l'assistance de l'USAID destinés aux coûts locaux du programme de PF sont compris (au moins en partie) dans le contrat entre l'USAID et le contractant (URC). Il sert de conseiller à la Directrice en matière de planification et d'élaboration des techniques de gestion.

Depuis décembre 1989, un conseiller en matière d'IEC, Mme. Asta Kenney collabore étroitement avec le service IEC. Le conseiller en formation, Mme Paulette Chaponnière, collabore de près avec le service de formation (depuis avril 1990). Dr. Tisna Veldhuyzen, quatrième conseiller, recruté localement comme contractant par l'URC, travaille à temps partiel sur la logistique et la recherche opérationnelle.

Le contrat de l'URC préconise également l'assistance de spécialistes à court terme:

- o Gestion de programmes: 6 mois/personnes
- o Formation: 11 mois/personnes
- o IEC: 6 mois/personnes

Le contrat de l'URC stipule que le contractant doit financer/assurer:

- o le personnel d'exécution (chauffeurs, dactylos, un gestionnaire et un commis:
- o le loyer des bureaux, l'achat, en cas de besoin, d'un équipement et fournitures de bureau.
- o l'entretien et le carburant pour les voitures du projet
- o la production et achats de matériel d'IEC et les frais locaux des campagnes d'IEC
- o l'achat et la production de matériel de formation; "gestion des frais locaux de formation"

Observation: Les disponibilités de financement prévues dans le contrat de l'URC ne sont pas claires. Mais il semble que ces disponibilités soient limitées et insuffisantes pour répondre aux besoins, surtout en ce qui concerne les ressources financières à mettre à la disposition des départements et des arrondissements. L'USAID est en train d'étudier un financement complémentaire du contrat URC pour remédier à cette situation. On recommande de faire une analyse financière pour mettre au clair les disponibilités et estimer les besoins de financement local sur la période 1991-93, par rapport aux disponibilités.

c. Ré-organisation de la DPF en 1990

Par un arrêté du 5 octobre 1990, approuvé par le Conseil des Ministres du Gouvernement, la DPF se trouve organisée comme suit (voir organigramme, Figure 2. fin de chapitre).

- Un secrétariat

- Une Division des services de PF composée de:

  . un bureau de suivi des activités de PF
  . un bureau statistique et démographie
  . un bureau de logistique

- Une Division de la formation et de l'IEC composée de:

  . un bureau formation en PF
  . un bureau IEC en PF.

L'arrêté a renforcé les attributions de la DPF telles qu'elles ont été établies en 1988 par le Ministère de la Santé à l'exception d'un changement important:

- pour que la DPF veille à l'intégration effective du programme PF au niveau de la formation de base (ENSP, ENICAS, FACULTE de MEDECINE).

Une comparaison des attributions de la DPF entre celles établies en 1988 et en 1990 se trouve (Voir Figure 1) à la page suivante.

3.2 Collaboration interministérielle

Au moment de la conception du projet et de la signature de la convention de subvention, la DPF était rattachée au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. En 1989, la DPF était rattachée au nouveau Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion de la Femme. Le problème se posait donc d'assurer des mécanismes de coordination et de collaboration efficaces pour l'exécution du programme de planification familiale. On constate que de tels mécanismes ont été mis sur pied et qu'il existe une collaboration efficace entre la DPF, la DSMI et la DES. Il serait également souhaitable de renforcer la collaboration entre la DPF et la DEP en ce qui concerne le SNIS.

3.3 Relations entre la DPF et la CNSF

Le fait qu'il existe, depuis quelques années deux projets nationaux de PF, l'un exécuté directement par le CNSF avec une assistance directe du FNUAP et l'autre exécuté par la DPF avec le concours de l'USAID, du FNUAP, de la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds, a posé pendant les années 1989 et 1990 des problèmes de coordination et de collaboration,

surtout en matière de logistique (car le CNSF avait gardé le contrôle des stocks nationaux de contraceptifs) et en formation (car le CNSF semble ne pas vouloir coordonner ses activités de formation avec celles du Bureau de Formation de la DPF: par exemple, il semble qu'il n'y ait pas de concertation pour l'utilisation du nombre restreint de formateurs en matière de PF; il ne semble pas non plus y avoir consultation pour la sélection des participants en provenance des différents départements.

Fig. 1: Attributions de la DPF

A. D'après l'arrêté de 1988

- Appliquer et veiller à l'application de la politique en matière de PF
- Promouvoir l'intégration des activités de PF dans toutes les formations sanitaires et les équipes villageoises
- Contribuer à la définition et à l'application d'une politique nationale en matière de population
- Promouvoir la recherche en PF
- Coordonner toutes les activités de PF à l'échelon national
- Collaborer avec les services, les ministères concernés et les différents bailleurs de fonds intervenant dans le cadre du PNPF
- Gérer toutes les ressources mises à sa disposition.

B. D'après l'arrêté de 1990

- Contribuer à la définition et à l'application de la collaboration interministérielle
- Contribuer à la promotion de la planification familiale au Niger
- Veiller à l'intégration des activités de planification familiale dans les formations sanitaires et sociales et les équipes de santé villageoises
- Promouvoir la recherche en matière de planification familiale en collaboration avec les services concernés
- Superviser les activités de planification familiale en collaboration avec les services concernés

- o Elaborer un programme de formation continue du personnel en planification familiale (PF) en collaboration avec les services concernés

- o Veiller à l'intégration effective du programme PF au niveau de la formation de base (ENSP,ENICAS,FACULTE DE MEDECINE, ETC...)

- o Participer à la coordination des activités de prestation de PF des différents services

- o Coordonner les activités en matière d'IEC/PF en collaboration avec les services concernés

- o Evaluer les activités de planification familiale des différentes formations sanitaires du pays.

Toutefois, fin 1990, le contrôle direct des stocks nationaux de contraceptifs est passé du CNSF au Bureau Logistique de la DPF. En Novembre 1990, la DPF a fait un effort de coordination pour l'ensemble des activités de PF, y compris celles de formation, en invitant tous les partenaires, y compris le CNSF à participer à un atelier pour déterminer le programme d'action de la DPF en 1991.

De toute façon, ce problème d'avoir deux projets d'envergure nationale semble être en train de se résoudre car toutes les aides publiques extérieures en matière de PF devront passer directement par le MAS//PF-DPf à partir de 1992.

4. Elaboration de techniques de gestion à la DPF

La DPF avec la collaboration étroite de l'équipe d'assistance technique de University Research Corporation (URC) a élaboré des procédures et systèmes à partir de 1989. Les activités portent sur les domaines suivants: planification du programme; gestion du personnel; budgétisation et gestion financière, suivi, évaluation et recherche opérationnelle.

4.1 Planification du programme

Un système de planification annuelle du programme, avec des objectifs mesurables et des calendriers réalistes a été mis en place dès 1990. (cf, les plans d'actions de la DPF 1990 et 1991). Chaque bureau de la Direction a son planning de travail. Les plans de travail concernent les volets: gestion, formation, IEC, prestation de services, et logistique.

4.2 Gestion du personnel

Chaque bureau a établi des descriptions de tâches pour chaque employé. On est en train de mettre au point des normes standards de performances. Il existe également un système d'évaluation annuelle des performances du personnel mais il n'est pas encore opérationnel.

En ce qui concerne les normes standards de soins (qu'utiliseront les prestataires de services en prescrivant des contraceptifs et en faisant le counseling et le suivi des clients), la DPF progresse lentement mais sûrement. A ce jour, un guide de prescription a été élaboré et la DPF envisage d'élaborer cette année (1991) des fiches techniques sur les soins de PF. En ce qui concerne le protocole de supervision préconisé par le projet et qui devra être utilisé par les responsables régionaux, un retard considérable se fait sentir (voir Chapitre IIA).

4.3 Budgétisation et gestion financière

Un budget annuel accompagne les plans d'action annuels. La comptabilité est en place, assurée par le chef d'équipe de l'URC et un gestionnaire engagé par l'URC. Les rapports d'activité et financiers sont préparés trimestriellement, signés par la Directrice de la DPF et par le chef d'équipe de l'URC. Des rapports plus complets sur les dépenses des fonds gérés par l'URC parviennent mensuellement à l'USAID.

La Directrice fait observer qu'il est très difficile pour elle de suivre et de connaître les dépenses de l'assistance de l'USAID pour le projet. Le chef d'équipe fait observer qu'en matière de budget et de programmation des dépenses, les choses sont parfaitement transparentes, et que les rapports trimestriels présentent le bilan des dépenses des trois derniers mois: "Rapport financier sur les dépenses du Projet bilatéral: Projet Santé Familiale et Démographie".

Il est un fait qu'un bon système de budgétisation et de gestion financière est en place en ce qui concerne l'URC et l'USAID. Mais le système ne répond pas bien aux besoins et aux préoccupations de la DPF. Deux recommandations s'imposent:

Recommandations

- Le projet devrait assurer que la Directrice ou son mandataire puisse suivre régulièrement les dépenses locales d'un caractère ponctuel financées dans le cadre du contrat de l'URC (par exemple, les budgets de formation et d'activités IEC, ou encore un programme départemental).

- Le projet devrait revoir le système de rapports financiers trimestriels pour présenter les dépenses de manière qui convienne au Gouvernement. Pour cela, on fera un rapport contenant des états de dépenses plus détaillés.

- L'USAID devrait tenir régulièrement des réunions d'information sur les modalités d'administration et de gestion de projets.

4.4 Approches pour résoudre les problèmes et la R.O.

L'on a adopté plusieurs approches pour résoudre les problèmes non seulement de la recherche opérationnelle, mais aussi des séminaires, ateliers, et travaux de groupe. Par exemple, un atelier a eu lieu au mois de septembre 1990 pour examiner la question de la formation des élèves des écoles de santé: théorie et pratique de la PF de façon à ce que ces étudiants puissent devenir des prestataires de services de PF dès leur prise de service.

La recherche opérationnelle a été utilisée à deux reprises : La première pour identifier les problèmes et faiblesses du système d'approvisionnement en produits contraceptifs (voir chapitre suivant); la seconde, dont on a déjà parlé au Chapitre IIA, concernent les diverses manières d'organiser et d'utiliser les équipes de santé villageoises pour qu'elles diffusent des informations sur la PF et distribuent les contraceptifs.

En ce qui concerne le projet de recherche opérationnelle sur la possibilité d'utiliser les pharmacies populaires et les dépôts du secteur privé comme points de distribution des contraceptifs qui n'ont pas besoin d'être prescrits. Une première étude de factabilité sur le marketing social des condoms est prévue à partir du mois d'avril 1991 (voir Chapitre IIE). Cette étude bénéficiera du soutien du programme américain SOMARC (Social Marketing of Contraceptives).

4.5 Suivi et système d'information pour le programme

L'essentiel du suivi, d'après le plan d'action du projet, consiste en " activités du responsable de la supervision/suivi sur le terrain qui visitera régulièrement les prestataires de services de santé familiale, offrant son assistance technique et fournissant aux responsables du programme une série régulière de rapports sur les conditions prévalant sur le terrain." Il s'agit surtout des responsables du suivi et de la supervision départementale et ceux des Centres Médicaux qui, au niveau des arrondissements, doivent suivre le travail des postes médicaux et des dispensaires ruraux. A vrai dire, le suivi et la supervision relèvent de l'organisation du travail au niveau départemental et de l'arrondissement, de définition de ce travail dans les protocoles et dépend également en grande partie des ressources mises à la disposition des départements. Le problème du suivi et de la supervision du PNSF est d'ailleurs étroitement lié à la tâche de supervision des DDS pour toutes les activités des formations sanitaires . Le suivi et la supervision est en train d'être examinés par la DPF, le MSP et les DDS (voir Chapitre IIA et Section 7 ci-dessous) et doit être pris en compte dans les plans de travail en matière de PF que les départements doivent élaborer cette année.

Le suivi doit être facilité par un système d'information de la gestion. La DPF a créé une base de données sur la formation (voir Chapitre IIB), et un système de collecte des données sur la réception des contraceptifs importés ainsi que sur les sorties et la distribution des contraceptifs au niveau départemental et de l'arrondissement. En 1990, la DPF a dû faire appel à chaque arrondissement pour obtenir les données sur l'utilisation de l'année 1989/90 de

contraceptifs dans les formations sanitaires. Mais La DPF doit surtout dépendre du système national d'information sanitaire (SNIS) que le MSP met en place depuis 1989. A ce jour, le SNIS n'a pas donné au niveau national les rapports et les informations nécessaires à la gestion du PNPF. Toutefois, le système est en place en ce qui concerne les formations sanitaires, les CM et les DDS. Actuellement, la DEP, Direction responsable du SNIS, est en train de compiler les rapports de 1990 (elle est à 80% avec l'espoir d'atteindre un taux de couverture de 90%) pour publier un rapport annuel de 1990. Cette action sera suivie, l'on espère, par les rapports trimestriels et annuel au cours de l'année 1991. Les informations que le SNIS fournira à l'intention du PNPF sont sur une base trimestrielle et concernent les éléments suivants: utilisation des contraceptifs; nombre de nouvelles acceptantes; nombre total d'utilisatrices; nombre de séances de counseling. Le nombre total des utilisatrices semble présenter un problème au niveau de la collecte (car le seul moyen d'y parvenir est de compter les fiches des clientes, en séparant les fiches des actives de celles des abandons). On constate un besoin de renforcer la collaboration entre la DEP et la DPF pour la mise en application effective du SNIS dans le domaine de la PF.

4.6 L'évaluation du programme

Il existe un plan d'évaluation (voir en annexe). La première évaluation a donné des indicateurs et méthodes afin d'évaluer l'impact du programme. La présente évaluation à moyen terme a essayé d'apprécier l'impact du projet à ce jour (voir chap.IV).

4.7 L'élaboration de manuels sur les procédures à l'usage des responsables de la DPF et des agents de terrain

Il s'agit de manuels qui donnent les directives et procédures de planification du programme, de supervision, de gestion, tenue des fiches, gestion financière, suivi et évaluation du programme. La situation actuelle est la suivante:

- Il convient d'élaborer des manuels sur les procédures destinés à l'usage des responsables de la DPF et du personnel de terrain

- En 1991, la DPF a l'intention d'élaborer le manuel sur la gestion de la logistique et sur le système interne d'information sur la gestion.

- La DPF envisage également de mettre au point des normes standards de soins qu'utiliseront les prestataires de services en prescrivant des contraceptifs, en faisant du counseling et en assurant le suivi des clients.

- En outre, en 1991/92, la DPF aurait l'intention d'élaborer un protocole de supervision à l'intention des responsables régionaux (coordinateurs SMI/PF, coordinateurs AS, coordinateurs EPS et chefs médecins des centres médicaux). Au début de 1991, la DPF a organisé une réunion avec les coordinateurs SMI/PF des Départements de Tahoua, Zinder, et Agadez pour étudier la grille de supervision et les normes à adopter. Ce travail se poursuivra avec le retour du

personnel de la Division de Prestations de Services (actuellement en formation à l'étranger).

5. Questions clés (voir Annexe, Plan d'Evaluation)

5.1 Les 4 principales contraintes à l'exécution du projet

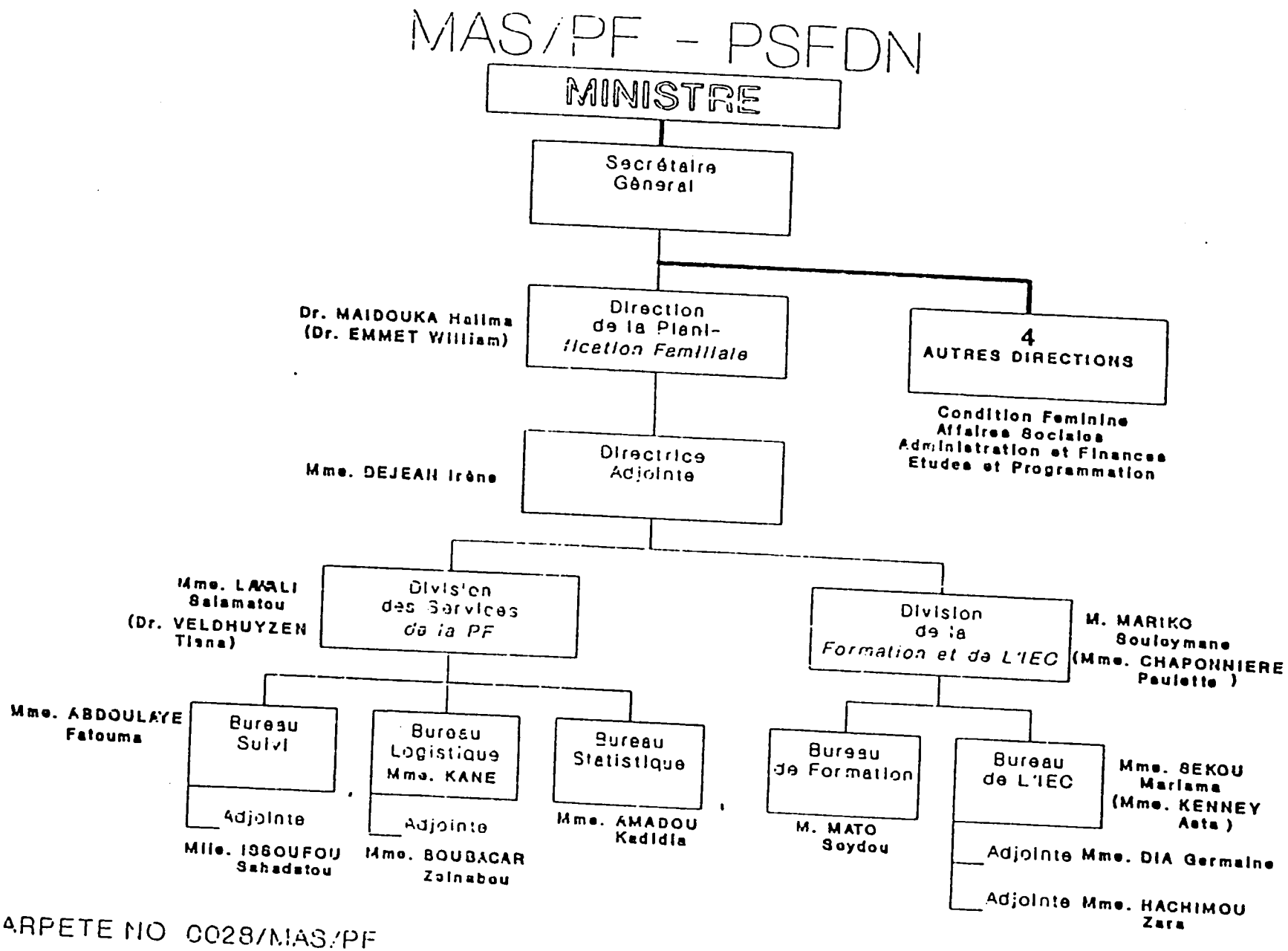
Le manque de ressources (financement) pour couvrir les dépenses locales constitue un des grands obstacles freinant l'exécution du projet. Il s'agit au niveau national d'un manque de budget de fonctionnement pour la DPF. Au niveau départemental, il s'agit d'un manque de financement pour couvrir les frais de supervision et de suivi, de logistique et pour financer les achats d'équipement et de matériel.

Une deuxième contrainte, qui s'est faite sentir depuis le début du projet, concerne le manque d'informations pour la gestion. Si le SNIS devient performant au cours de l'année 1991, cet obstacle sera partiellement surmonté.

5.2 Les buts et les objectifs du projet ont-ils été réalisés (ou sont-ils en train de l'être)?

En ce qui concerne le but du projet, qui est de renforcer la capacité des institutions nigériennes à planifier, porter appui et suivre les service PF sur une base nationale, on peut affirmer qu'un progrès considérable et satisfaisant a été réalisé depuis le début du projet. De même, on constate de bons progrès au niveau de l'élaboration des techniques de gestion.

Figure II2
Organigramme 1991 de la PPF



ARPETE NO 0028/MAS/PF

E. Approvisionnement en produits contraceptifs et système logistique

1. Résumé

Le plan de travail du projet (convention de subvention) concernant la mise sur pied d'un système d'approvisionnement est axé sur quatre volets: achat des contraceptifs conjointement avec les bailleurs de fonds; achat de véhicules et d'équipement; conception du système de distribution des produits, surtout les contraceptifs; et mise en place d'un système d'informations pour la gestion.

Le projet a enregistré des progrès en ce qui concerne les problèmes soulevés par la première évaluation en avril 1989.

- La coordination et la planification de l'approvisionnement en produits contraceptifs conjointement avec les donateurs ont été renforcées

- La restructuration du système d'approvisionnement et de logistique est en cours. Toutefois, on constate un retard dans la mise en application du nouveau système par rapport à la date préconisée dans l'évaluation initiale (juin 1990).

- Malgré un retard important, le système national d'informations sanitaires (SNIS) doit commencer dans le courant de 1991 à fournir des informations sur l'utilisation des contraceptifs et la situation des stocks pour chaque formation sanitaire

- On constate un accroissement important dans la distribution des produits contraceptifs qui sont actuellement disponibles dans plus de 140 centres de PF sur l'ensemble du pays.

- Les quatre véhicules prévus sont arrivés et sont en service. Ces véhicules, d'après la convention de subvention du projet, doivent être utilisés pour les activités afférentes à l'exécution du projet, y compris la supervision et la livraison des contraceptifs. Les frais relatifs au carburant et à l'entretien sont à la charge du projet.

L'équipe d'évaluation a constaté divers problèmes et questions non encore résolus qui sont préoccupants pour la réalisation du Plan d'action 1991 de la DPF, notamment :

- Les rapports mensuels et trimestriels du SNIS ne sont pas tout à fait au point en ce qui concerne les statistiques de services de PF; aussi le projet n'a-t-il pas de statistiques de services fiables pour la période 1989 ou 1990.

- Le problème du financement du système de logistique n'est pas encore résolu.

- Il reste à assurer la formation en gestion de stocks à l'intention du personnel des Départements (prévue au mois de juillet 1991) et à réaliser un manuel sur le système d'approvisionnement et de logistique .

2. La coordination et la planification de l'approvisionnement en produits contraceptifs conjointement avec les donateurs

Des mesures pour la coordination et la planification de l'approvisionnement en produits contraceptifs avec les donateurs ont été prises à partir de 1989 et ont été continuées en 1990. En décembre 1989, par exemple, des réunions ont eu lieu entre le Chef du Bureau Logistique de la DPF et des représentants de l'USAID et du FNUAP pour examiner les besoins en contraceptifs pour la période 1990-92.

Au cours de l'année 1990, les représentants de la DPF, l'URC, l'USAID et le FNUAP se sont rencontrés à plusieurs reprises pour examiner ensemble l'approvisionnement des produits contraceptifs aussi bien pour la question de la construction que pour l'équipement du magasin national de contraceptifs.

Ces réunions ont permis d'arriver à des accords informels prévoyant que:

- L'USAID assurera l'approvisionnement du programme national de PF en Lo-Feménal, en Ovrette, en DIU (T en cuivre, 380) et en Conceptrol,

- Le FNUAP assurera l'approvisionnement du programme en injectables.

- On a convenu que le grand nombre de marques différentes de pilules devrait être réduit; le FNUAP diminuera progressivement leur fourniture (à un niveau suffisant, juste pour assurer les besoins de la clientèle actuelle).

- De même, on a décidé que l'approvisionnement des injectables devrait se limiter à la marque Depo Provera, sauf les quantités nécessaires pour les clientes actuelles du Noristerat.

Les plans d'achat et d'expéditions des quantités suivantes sont prévus en 1991:

- Injectables ..... 18.000 doses (FNUAP)
- Lo-Feménal.....200,400 plaquettes (USAID)
- Ovrette.....99.600 plaquettes (USAID)
- DIU.....4.400 unités (USAID)
- Conceptrol.....0 (USAID)
- Neo Sampoon.....? (FUNUAP)
- Condoms.....46.000 unités (USAID).

Ces expéditions, compte tenu des stocks disponibles, sont considérées comme suffisantes pour répondre aux besoins de consommation en 1991. Le financement de l'USAID pour l'achat des contraceptifs pour les besoins 1992 est en place. Le FNUAP prévoit également des commandes d'injectables (environ 30.000 unités) pour répondre aux besoins de l'année 1992.

Il est nécessaire de connaître plus précisément le nombre de femmes utilisant le DIU (par exemple au 31 décembre 1990), le nombre de DIU utilisé en 1989 et en 1990 et de faire des projections réalistes des besoins pour les années 1992 et 1993. Les chiffres officiels des sorties de DIU du magasin national(4,100 en 1989) ne correspondent par avec les informations sur l'utilisation. L'équipe d'évaluation a estimé le nombre de nouvelles acceptantes (DIU) à environ 1000 par an pour les années 1988, 1989 et 1990. La DPF estime 1000 nouvelles acceptantes (DIU) équivalent à 3000 couples années de protection.

On recommande que les projections sur la demande de contraceptifs oraux en 1992 et 1993 soient ré-examinées. Il est possible que la croissance annuelle de la demande pour la pilule en 1992 et 1993 puisse atteindre 50% ou plus. Dans ce cas, les quantités prévues (stockées à la fin de l'année et à importer) pourraient être insuffisantes.

Le FNUAP a établi un plan pour l'importation d'une quantité importante d'injectables, sur les 5 ans de 1992 à 1996, 535,000 dont une quantité qui doit dépasser 30.000 doses en 1992.

Il s'agit de coordonner les deux programmes nationaux de distribution des condoms (ceux de la DPF et du Comité National du SIDA). Un représentant de l'équipe d'évaluation a pu assister à une première réunion des représentants du Comité National du SIDA (MSP), de la DPF, du CNSF, de l'ONPPC, de l'OMS, du FNUAP et de l'USAID au mois de mars 1991 organisée aux fins d'harmoniser les mesures.

Il existe donc une coordination entre le Gouvernement et les donateurs. Toutefois, l'Equipe d'évaluation constate que cette coordination est plutôt informelle, sans structure et difficile à documenter.

L'équipe d'évaluation propose que la DPF veille à la législation du Comité de coordination interministériel. Il devrait se réunir au moins deux fois par an, au mois de décembre ou janvier et six mois plus tard. Il sera chargé :

- o d'approuver les plans d'importations annuels;
- o de suivre la situation logistique (livraisons, stocks);
- o de veiller à l'exécution correct du programme d'approvisionnement et de logistique et à son utilisation;

- o d'examiner les questions de politiques en matière d'approvisionnement et de distribution (telles que la coordination avec les programmes de distribution de préservatifs du Comité National du SIDA).

Parmi les participants, des représentants du MSP, de la DPF, de l'ONPPC, de l'URC, de l'USAID, du FNUAP et d'autres bailleurs de fonds concernés doivent être présents.

3. Restructuration du système d'approvisionnement et de logistique

- o La restructuration du système d'approvisionnement et de logistique est en cours, en collaboration avec le Bureau Logistique de la Direction de la Planification Familiale (DPF) et la Direction des Etablissements de Soins (DES) du Ministère de la Santé Publique ; la DPF a pris directement en charge le contrôle et la distribution des contraceptifs (du Centre National de Santé Familiale) à partir du mois de novembre 1990. Toutefois, on constate un retard dans la mise en oeuvre du nouveau système d'approvisionnement et de logistique par rapport à la date préconisée dans l'évaluation de base (juin 1990).

En avril 1989, l'Equipe d'évaluation de base a constaté que le système d'approvisionnement était basé sur un système établi par le Centre National de Santé Familiale conçu essentiellement pour répondre aux besoins en produits contraceptifs des Formations Sanitaires dans la Commune de Niamey et, dans une moindre mesure, de quelques formations dans les Départements voisins (Dosso et Tillaberi). Avec l'expansion du programme de PF dans tous les Départements, on a constaté que l'approvisionnement était assez aléatoire et qu'une systématisation de l'approvisionnement avec un renforcement des moyens devenait nécessaire.

Le processus de restructuration du système d'approvisionnement et de logistique a commencé en avril 1990 par un examen des différents problèmes rencontrés au niveau des commandes des Départements et de leurs FS/PF et de l'approvisionnement du programme national. [Voir le document: **Amélioration du Système de Commande et de Distribution des Produits Contraceptifs - Application de la Méthode de Recherche Opérationnelle de la DPF,** Niamey, Fév. 1991]

C'est au cours de l'année 1990 que les problèmes du système ont été analysés et qu'un nouveau système a été formulé.[Voir document de la DPF: **Proposition pour un système de gestion du magasin national de contraceptifs,** Niamey, Nov. 1990.]. Le nouveau système a pu être mis en place à partir du mois de novembre 1990, après la construction et l'équipement du magasin national de contraceptifs. L'organisation du magasin national comporte : Organisation et personnel ; Stockage et sécurité des produits ; Inventaires ; Reportage ; Transport ; Supervision ; Vérification des comptes.

C'est au cours de l'année 1991 que la DPF se propose de compléter la formation des agents de santé portant sur les procédures de gestion de stocks et de commandes de produits contraceptifs et du matériel clinique stocké dans le magasin national. Ce serait une année de

100

rodage avec possibilité de révision des procédures. A partir du mois de mars 1991, toutes les FS/PF étaient censées avoir un stock de contraceptifs adéquat pour six mois et savoir comment passer une commande lorsque nécessaire. La DPF a prévu dans son plan de travail 1991 une formation de formateurs en logistique. Ces formateurs se chargeront plus tard, dans l'année, de la formation du personnel du MSP responsable des stocks, de l'utilisation et des commandes. Un manuel de procédures du système de stockage et d'écoulement des produits devrait être publié et distribué pendant ces formations.

Le système de livraison, en train d'être formulé, sera mis en place conjointement avec le Ministère de la Santé Publique (DES). La stratégie consiste à utiliser les camions des Départements qui descendent régulièrement à Niamey chercher les produits pharmaceutiques fournis par l'intermédiaire de l'ONPPC et du Ministère de la Santé. [Observation: ceci suppose que les véhicules du projet ne soient utilisés pour la livraison de contraceptifs qu'en cas d'urgence.] Toutefois l'on se heurte au problème de carburant, à celui de l'état des véhicules mis à la disposition du DDS (Directeur Départemental de la Santé) ainsi qu'au problème de l'acquisition du petit matériel clinique. La convention de subvention qui a tenu compte de ce problème prévoit la possibilité de mettre un fonds à la disposition de chaque arrondissement. Actuellement, la DPF étudie en collaboration avec l'équipe d'assistance technique URC (University Research Corporation) et l'USAID la possibilité d'établir des fonds pour l'acquisition d'équipement et pour l'approvisionnement nécessaire au programme de PF dans les Départements d'Agadez, Tahoua et Zinder.

Le problème de la disponibilité des ressources nécessaires pour assurer la supervision et l'approvisionnement dans les Départements est une question capitale si l'on veut atteindre les objectifs du programme national et du projet Santé Familiale et Démographie. Des propositions à cet égard sont en train d'être formulées par le Chef d'équipe de l'URC. L'on retrouvera ce rapport dans le chapitre portant sur les recommandations de l'évaluation.

4. Accroissement de la distribution des contraceptifs dans le pays

Un accroissement important des quantités de contraceptifs distribués et utilisés au Niger ressort de l'examen des statistiques disponibles pour les trois dernières années (Nous référons le lecteur aux annexes pour un tableau plus détaillé) :

On peut remarquer que le chiffre de couple-années de protection attendu en l'an 1990 correspond à peu près au chiffre prévu pour l'an 1989 dans le document de conception du projet (Deuxième Volume).

Un examen des données partielles 1989/90 suggère que la proportion des femmes en âge de procréer protégées par une méthode moderne de contraception en dehors de Niamey par rapport au total national a dû augmenter. On constate également une augmentation appréciable du nombre des formations sanitaires fournissant des prestations de services de PF en dehors de la Commune de Niamey (96 recensés au mois d'avril 1989 et 117 au mois de mars 1991).

Nombre de couples protégés par les Produits Contraceptifs*

	1988	1989	1989/90	1990
	(en couple-années de protection)			
Secteur Public (DPF)	12770	24432	26300**	29488
Secteur Privé (ONPPC)	7200	8872	nd	8757
Total	**19996**	**33304**	**nd**	**38245**

*Données basées sur les statistiques des distributions et des ventes de produits contraceptifs dans les années-calendriers fournies par la DPF/CNSF et l'ONPPC.

**Données basées sur les rapports des formations sanitaires sur l'utilisation des produits contraceptifs pendant la période juillet 1989 - juin 1990. Les données sont partielles et ne couvrent qu'environ 70% des formations sanitaires (quoique les formations les plus fréquentées).

Source : Equipe d'évaluation (Voir Tableau des données détaillées en annexe)

5. Problèmes du Système d'Information

Le Projet Santé Familiale et Démographie préconise un système d'information pour fournir des données fiables sur la quantité de produits contraceptifs distribués et sur le nombre d'utilisatrices (et utilisateurs) par méthode de contraception. On avait prévu d'installer le Système National d'Information Sanitaire en 1990, ce qui a effectivement été le cas. Le problème est que le SNIS ne fournit pas les informations requises pour le programme national de PF. Toutefois, une évaluation du SNIS est actuellement réalisée par le MSP/DEP et il est possible que les modifications apportées ou les formations accrues permettront d'obtenir les informations nécessaires. Entre temps, la DPF a eu recours à un procédé spécial pendant la période juin-septembre 1990 pour recueillir des données sur l'utilisation des produits contraceptifs par les FS/PF. Sur 141 FS/PF, 101 ont répondu aux questionnaires envoyés par la Direction. Le même procédé sera répété, au besoin, au cours de l'année 1991. En plus, on devrait procéder à l'analyse des stocks et des distributions des contraceptifs par Département (aussi bien qu'au niveau national). A ce propos, une enquête démographique et de santé nationale est prévue au début de l'année 1992. Cette enquête fournira des informations précises et précieuses sur l'évolution du programme de PF et la prévalence contraceptive vers la fin de 1991, début 1992.

6. Etude Opérationnelle sur le Marketing Social des contraceptifs

Cette étude est à présent programmée et doit être entreprise avec l'arrivée d'un consultant de SOMARC (Marketing Social) au mois d'avril 1991. De l'avis de l'Equipe d'évaluation, un programme de marketing social qui utilisera les circuits de distribution de l'ONPPC et, avec l'assistance de l'ONPPC, les circuits moins formels (petits détaillants qui couvrent la quasi totalité du territoire) pourrait atteindre un plus grand pourcentage de la population avec la distribution de méthodes barrières non pharmaceutiques (préservatifs et spermicides). De tels programmes se sont avérés très efficaces pour la contraception dans d'autres pays d'Afrique.

III. Impact du projet de planning familial (évaluation à mi-période)

A. Impact en termes de développement du système de prestation de services de planning familial.

Le nombre de centres ayant des services cliniques de PF et counseling, est passé de 114 (avril 1989) à 140 (en mars 1991). Depuis le début du projet (juillet 1988), date à laquelle les points de services étaient au nombre de 80, l'accessibilité aux services de PF a augmenté de 80% environ. La couverture urbaine est bonne. Un début de développement s'opère en zone rurale, répondant aux besoins des femmes vivant dans ce milieu. Mais la qualité du service et la fragmentation des centres de PF continuent à être des points préoccupants.

a. Impact en termes de nombre de couples-années de protection. Nombre de femmes en âge de procréer, protégées par une méthode moderne et estimation de la prévalence contraceptive.

En se basant sur les données de distribution et de vente de contraceptifs dans les secteurs public et privé, il a été déduit (voir chapitre IIE) que le nombre de couples-année protégés par des méthodes modernes, avait augmenté de près de 90%, passant de 20000 en 1988 à plus de 38000 en 1990.

Le nombre de femmes en âge de procréer (FAP), utilisant une méthode moderne, est passé de 19000 à la fin de 1988, à environ 35000 en fin d'année 1990 (Tableau). Il est difficile d'estimer le nombre de femmes qui utilisent une méthode moderne car les statistiques des services ne sont pas disponibles et que les statistiques sur la distribution des contraceptifs dans les centres de planning familial sont incomplètes. De plus, elles ne portent que sur la période 1989/90. Toutefois, les estimations qui ont été utilisées concordent avec les résultats des trois enquêtes CAP, réalisées en milieu urbain, en 1988. Elles concordent aussi avec les données sur les ventes et distributions dans les secteurs privé et public, compte tenu d'un ajustement lié à l'augmentation des stocks régionaux de pilules, en 1989.

Tableau III 1
Nombre de FAP utilisant une méthode contraceptive moderne. Situation en fin d'année.

Méthode	1988	1989	1990
Pilules	11300	17000	18000
Injectables	3100	3100	3200
DIU	3100	3200	3300
spermicides	1500	4000	1900
Total	19200	27100	34600

* Ne sont pas comptés, les couples protégés par les préservatifs.

A partir des effectifs de femmes en âge de procréer, on estime pour le milieu urbain, que le taux de prévalence de la contraception est passé de 7% en décembre 1988, à 10% en décembre 1990. Pour le milieu rural, ce taux est estimé à 0,5% (décembre 1990). Au niveau de l'ensemble du pays, la prévalence est estimée respectivement à 1,1%, puis 2%, aux deux dates citées précédemment.

Les projections pour les prochaines années tiennent compte d'un accroissement des services de planning familial (augmentation des services et augmentation de la clientèle par service) ainsi que de l'IEC et du Counseling. Elles conduisent aux résultats suivants.

Tableau III 2
Projections des taux de prévalence au Niger 1991-1994

	1991	1992	1993	1994
		Taux de prévalence (%)		
Urbain	12,4	15,7	18,7	21,7
Rural	0,5	1,2	1,7	2,8
Total	2,5	3,5	4,5	6,0
Utilisatrices	44500	64350	83300	11750

Source: Equipe d'évaluation, mars 1991; voir annexe

Le projet national de politique de population prévoit une augmentation de la prévalence contraceptive aboutissant à un taux de 20% en 2000. Ceci implique des prévalences de l'ordre de 45% en milieu urbain et de 15% en zone rurale. Il faut reconnaître qu'au cours des premières années, le développement du planning familial s'est fait lentement: un accroissement inférieur à 1% par an. Une augmentation de l'ordre de 2,5 à 3% est envisageable. Un scénario à été conçu, dans la perspective d'une prévalence de 20% en 2000. Il envisage des gains de prévalence de : 0,5% en 1991, 1% en 1992 et 1993, 1,5% en 1994, 2% en 1995 et 1996, 2,5% pour chacune des 4 dernières années (1997-2000). (Voir annexe) >

L'on dispose également de deux indicateurs objectivement vérifiables sur les résultats du projet:

1 La base de données démographiques du Ministère du Plan utilisée pour préparer le Plan quinquennal 1992-96 et d'autres documents de planification

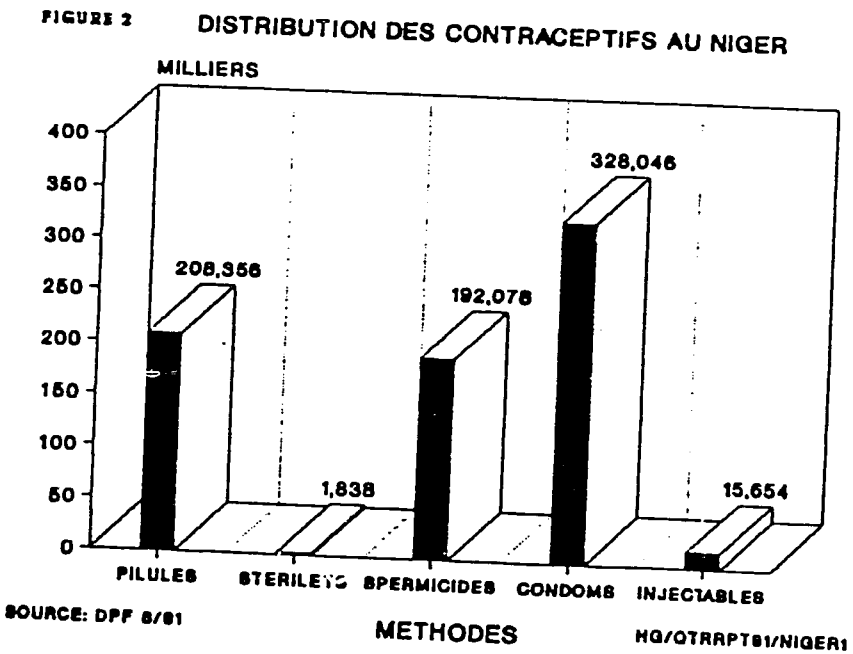
2 La base de données démographiques utilisée pour l'octroi des ressources du budget d'investissement, pour planifier les programmes de développement et guider les activités des ministères techniques.

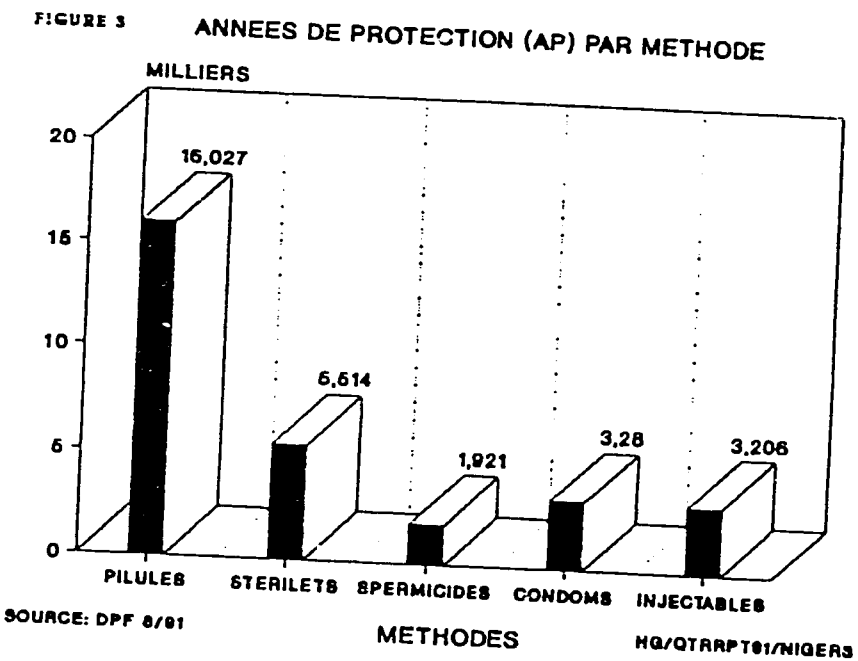
FIGURE 4

DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS AU NIGER

et

ANNEES DE PROTECTION (AP) PAR METHODE





MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA
PROMOTION DE LA FEMME
DIRECTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
JANVIER - DECEMBRE 1990

En ce qui concerne le premier, il convient de dire qu'une partie des données du recensement ont été mises à la disposition des planificateurs du Ministère du Plan et d'autres ministères et seront disponibles pour le Plan de 1992-96.Il semble également qu'un effort soit fait pour terminer les neuf études analytiques sur les résultats du recensement pour qu'elles soient disponibles aux planificateurs.

En ce qui concerne le second indicateur, il semble évident que la base de données démographiques est encore en train d'être mise au point . Elle ne pourra véritablement servir à l'octroi des ressources budgétaires, à la planification des projets de développement et aux activités des ministères techniques que dans la mesure où l'on met sur pied le centre de documentation démographique, que l'on fournit à la DDP les données et que l'on prenne des mesures pour diffuser les données démographiques à ceux qui en ont besoin.

b. Impact à ce jour sur le but du programme ou secteur

Le but est d'atteindre un accroissement de la population, en harmonie avec celui des ressources et de la productivité. Les indicateurs, signalant la réalisation du but sont:

. un accroissement économique supérieur à l'augmentation démographique
. une diminution de la mortalité infantile et maternelle
. une réduction des taux de natalité et d'accroissement naturel.

Le projet ne peut espérer mesurer l'impact en se référant à l'évolution de ces indicateurs, au cours des trente derniers mois. De plus, il faut admettre que d'autres facteurs, de type socio-économiques influent sur les résultats: statut de la femme, emploi, éducation et alphabétisation, durée d'allaitement.

c. Impact du point de vue réalisation du but du projet (PF)

Le but du projet est défini dans le projet-cadre et le cadre logique comme suit:
"de renforcer les capacités des institutions nigériennes pour planifier et gérer les services de PF sur une base nationale et pour produire et utiliser les analyses démographiques aux fins de planification nationale."

Eu égard au développement des services de PF, il convient de doter le MSP/MAS/PF de la capacité institutionnelle de fournir les services de PF comme partie intégrante des services de santé. Six indicateurs de réalisation de cet objectif ont été définis dans le projet cadre et le cadre logique:

i) situation recherchée en fin de projet (EOP): le MSP/MAS réalise des programmes dans tous les départements avec des procédures prédéfinies de gestion, de planification annuelle et de fourniture en contraceptifs. La situation actuelle: Le département de planification familiale du Ministère des Affaires sociales et de la Promotion féminine collabore étroitement avec le Ministère de la santé publique, dans le développement des programmes des sept départements

et de la ville de Niamey. Un système d'approvisionnement en contraceptifs est en place. Les procédures de gestion commencent à se développer (supervision, rapports) et une planification départementale devrait commencer en 1991.

ii) Situation recherchée en fin de projet (EOP): 146 formations sanitaires offrent des services de PF, y compris IEC, contraceptifs et counseling. Situation actuelle: Aujourd'hui, mars 1991, plus de 140 centres sont opérationnels, la plupart avec du personnel formé, un contrôle des stocks. Ils transmettent régulièrement des rapports. Néanmoins, beaucoup d'entre-eux ont un faible niveau de productivité en raison d'un effectif insuffisant de personnel formé et presque tous les centres et arrondissements doivent intensifier les efforts sur l'IEC. L'on espère qu'en 1991, le MSP/PF s'attaquera à ces problèmes et accroîtra la qualité et la quantité du service.

Observation: Le rapport de projet (P.18), mentionne 39 centres médicaux, 78 maternités et 29 centres SMI dans le pays, soit un total de 146 établissements. En outre, pratiquement tous les services de SMI et 39 maternités font partie de centres médicaux. Il y a donc double compte et le chiffre corrigé est de 106. Ces centres se situent presque tous en milieu urbain ou péri-urbain . Le programme était axé sur les zones urbaines tout en prévoyant une recherche opérationnelle pour examiner les possibilités d'organisation d'un système de distribution en zone rurale. La politique actuelle de la DPF est d'étendre le PF à tous les postes médicaux (soit 28), à la plupart des dispensaires (dispensaires de quartier) et dispensaires ruraux dans les zones très peuplées.

iii) Situation recherchée en fin de projet (EOP): Le GON suit régulièrement les progrès réalisés en PF et analyse les problèmes. Situation actuelle: Le suivi et l'analyse des problèmes sont gênés par le manque d'informations. Le SNIS n'a été mis en place qu'en 1989 et n'est opérationnel que depuis peu. Les visites des sites et la collecte semestrielle de données sur la contraception, auprès des centres et services fournit quelques informations. Les rapports annuels de 1990 des 7 départements et de la commune de Niamey sont en cours de finalisation. On peut espérer que le Gouvernement renforcera en 1991 ses capacités à suivre les progrès réalisés et à identifier les problèmes. Le travail de recherche opérationnelle entrepris en 1990 a aussi permis à la DPF d'acquérir une bonne expérience.

iv) Situation recherchée en fin de projet (EOP): 7% des femmes mariées en âge de procréation utiliseront en juillet 1993, une méthode contraceptive, contre 1% actuellement. Situation actuelle: L'équipe d'évaluation estime à environ 2%, le taux de prévalence atteint en fin 1990, alors qu'il était de 1,1% en décembre 1988. Comme cela a déjà été mentionné, à ces deux dates les femmes mariées en âge de procréer sont respectivement 37000 et 17000.

Observation: Il est peu probable que le projet atteigne une prévalence de 7% en juillet 1993, ce qui impliquerait une augmentation du nombre d'utilisatrices de PF de plus de 80% par an. Il faut noter que ce but de 7% avait été fixé à l'origine pour que le Niger ait un taux d'accroissement naturel modéré. Sa réalisation est peu réaliste dans un si court délai. Elle nécessiterait une très forte augmentation de la prévalence en milieu urbain et un développement

non négligeable du PF en milieu rural. L'équipe d'évaluation tient à rappeler que les progrès réalisés les premières années, après la mise en place du PF, sont lents. Une augmentation de 2 à 3 pour cent de la prévalence annuelle au cours des prochaines années est plus réaliste.

v) Situation recherchée en fin de projet (EOP): Donner une formation PF aux étudiants en médecine et élèves en formation paramédicale. Situation actuelle. En septembre 1990, la DPF a entrepris des discussions avec la Faculté de médecine et deux agents de l'école de santé, afin de prévoir un enseignement en planning familial. Un accord de principe a été donné et des mesures en faveur de ce projet sont attendues en 1991 et 1992, afin que les étudiants diplômés acquièrent des compétences en PF.

V) Situation recherchée en fin de projet (EOP): Réalisation d'un plan d'extension des services de PF. Situation actuelle. La DPF a travaillé avec les Départements d'Agadez, Tahoua et Zinder, en vue d'étendre les services de PF aux dispensaires ruraux et postes médicaux et de les mettre en place dans les centres existants. Les plans qui ont été définis devraient être financés et mis en application au début de 1991. Par ailleurs, la DPF a initié en novembre 1990, une recherche pour étudier la distribution au niveau de 15 villages du Département de Tillaberi, en collaboration avec le Bureau de Santé du département et l'équipe de la Dutch TA avec laquelle elle travaille. La DPF a également conclu un accord pour travailler avec AFRICARE et CARE en utilisant des équipes de santé villageoises pour développer les services PF dans les Départements de Diffa, Dosso et Zinder. En avril 1990, le projet a débuté une étude préliminaire sur l'introduction du marketing social.

B. La Composante démographique

Le projet a pour sous-thème de donner au Ministère du Plan les capacités de mener des études et analyses démographiques.

La Direction de la Statistique et de la Démographie comprend deux services: le Bureau Central du Recensement et l'Unité d'Etude Démographique. Jusqu'à présent, les démographes se sont consacrés d'une part à l'élaboration d'une politique de population et d'autre part à exploiter les données du recensement. Ce dernier fera l'objet de diverses publications. Parmi elles, citons:

* diffusion du répertoire des localités (second trimestre 1990)

* les sorties habituelles des données brutes (second trimestre 91)

* publications de 9 rapports d'analyse thématique (Structure de la population (août 1991)

Le Bureau Central du recensement a bénéficié de l'assistance technique du BUCEN pour exploiter des données du recensement. Celui-ci assurera également une formation, avant la réalisation de 9 fascicules d'analyse. Cette formation, bien qu'indispensable, nous semble

être insuffisante. Un suivi du travail devra être organisé parallèlement si l'on veut éviter des retards dans l'exécution des travaux.

Les Démographes du Ministère du Plan ont d'ores et déjà donné la preuve que les capacités de production existaient pour peu qu'elles soient encadrées.

En ce qui concerne la recherche, celle-ci est encore inexistante, faute d'un personnel suffisant et également faute de moyens. Le nombre important de projets en cours et à venir est de toute évidence un obstacle à la recherche.

Il est urgent que s'instaure une concertation entre les exécutants des projets et les bailleurs de fonds de manière à élaborer un cahier des charges réaliste

Il est indispensable également que les démographes disposent de moyens de s'informer au travers d'une documentation suffisamment abondante, gérée par un centre documentaire efficace - et de se former non seulement par le truchement d'ateliers ou de séminaires, mais aussi en bénéficiant d'un encadrement technique "semi-permanent" de leurs travaux de recherche.

Les thèmes de recherche devront en priorité avoir un but opérationnel en termes de planification. Un investissement vers l'utilisation des données existantes nous paraît prioritaire. Il peut s'agir de:

- o l'utilisation des données du SNIS qui, bien qu'elles se destinent à la gestion, peuvent être récupérées pour étudier la morbidité et la mortalité par cause.

- o l'exploitation des informations disponibles dans certains registres tels que les registres de maternité. A titre d'exemple citons la maternité de la Poudrière qui effectue environ 5000 accouchements par an et où les registres existent depuis 1977. Ces derniers contiennent l'information nécessaire pour mesurer le niveau et l'évolution de la fécondité des femmes et, par voie de conséquence, l'impact du PF sur cette fécondité. On pouvait jusqu'en 1989 tirer des fiches de consultation pré et post-natales les informations suffisantes pour estimer la mortalité infanto-juvénile: âge de la mère et proportion d'enfants décédés. Les nouvelles fiches mises en place depuis peu ne contiennent plus ces renseignements, ce qui est regrettable pour le démographe. Un maintien des registres dans les centres de PMI offrirait une solution de rechange.

La recherche de méthodes d'analyse des données existantes conduit obligatoirement vers une réflexion sur les stratégies de collecte. Dans ce domaine deux orientations devraient être prises: recenser les investigations qui ont un caractère sinon permanent, du moins périodique et définir des moyens susceptibles soit de les étendre à d'autres populations, soit de les compléter en vue de produire des indicateurs de planification complémentaires. Ainsi, un travail de réflexion doit être entrepris sur les stratégies de collecte en milieu nomade. Ce travail est

nécessaire si l'on veut étendre l'état civil à ces populations. Il sera utile aussi pour les enquêtes à venir (EDSN et enquête nationale Démographique). Par ailleurs, des investigations telles que les enquêtes scolaires (reconduites 2 fois par an) peuvent être des supports de collecte de renseignements relatifs à la survie des parents et de la fratrie.

La réalisation de grosses opérations telles l'EDSN (1991) et l'END (1994-95) sont certes de première nécessité si l'on veut disposer d'indicateurs significatifs au niveau national, voire régional. Elles sont en revanche, inutilisables au niveau local et ne peuvent fournir qu'un nombre restreint d'informations sur les facteurs socio-culturels susceptibles d'agir sur le comportement des femmes en matière de contraception. Les monographies de village sont particulièrement bien adaptées pour ce type d'approche.

En conclusion, au niveau du Ministère du Plan, les compétences existent pour mener des recherches-études démographiques. Encore faut-il qu'elles aient le temps et les moyens de s'exprimer.

IV. Conclusions, questions spécifiques posées à l'équipe d'évaluation et Recommandations

Ce chapitre résume: 1) les principales conclusions de l'équipe d'évaluation à moyen terme; 2) les réponses aux questions qui ont été posées à l'équipe sur la pertinence du projet; 3) les recommandations de l'équipe d'évaluation.

A. Conclusions

1. Prestation de Services de PF

Le système de prestation de services de PF s'est renforcé sur l'ensemble du pays depuis le commencement du projet en 1988. Les centres de PF qui étaient déjà 114 au mois d'avril 1989 (et environ 80 mi-1988) comptaient 140 en mars 1991. La stratégie adoptée en ce qui concerne l'extension du système a été modifiée par la DPF pour tenir compte:

- o de la nouvelle approche du Ministère de la santé publique pour décentraliser la planification des services sanitaires (qui démarre en 1991 avec le Département de Zinder: plan sanitaire 1992-96);

- o de la décision prise par les MAS/PF/DDF et MSP/DSD de dispenser les services de PF dans les postes médicaux, dans les dispensaires de quartier et dans les dispensaires ruraux.

L'augmentation du nombre de points de services de PF s'est surtout faite en dehors des trois centres urbains les plus importants du pays (Niamey, Zinder et Maradi) et se fait de plus en plus en zone rurale. Le système de logistique a été renforcé afin d'assurer aux formations sanitaires un approvisionnement régulier de produits contraceptifs et moins de ruptures de stocks.

En 1990, la DPF a initié un projet de recherche opérationnelle afin de tester les possibilités de la distribution communautaire des contraceptifs dans le Département de Tillaberi en collaboration avec les équipes de santé villageoises et les comités de santé villageois, la DDS et une ONG (PASST). La DPF envisage d'autres initiatives de ce genre à partir de 1991 dans les Départements de Dosso, Diffa et Zinder, toujours en collaboration avec les DDS et certaines ONG (CARE, AFRICARE).

Le nombre de prestataires de services formés qui se trouvent dans les centres de formation a augmenté, mais leur nombre reste insuffisant à tous les niveaux. La fréquentation des centres s'est accrue d'environ 95% en deux années. Toutefois, la productivité (utilisatrices par centre) reste à faible. En ce qui concerne l'intégration des prestations de PF à la SMI, on note l'effort de la DPF et de la DSMI qui sont en train d'élaborer une politique de service nationale.

Vu l'absence d'informations sur la qualité des prestations de services de PF, la DPF a entrepris au début de l'année 1991 une enquête sur la qualité des services de PF dans les formations sanitaires de la Commune de Niamey.

Les informations manquent sur l'évolution de la PF au niveau des formations sanitaires, des arrondissements et des Départements. La DPF a dû faire une collecte de données sur la distribution des contraceptifs en 1989/90 dans chacune des formations en faisant directement appel à celles-ci. La réponse fut encourageante dans la mesure où 70% des centres ont répondu.

2. Les Activités de Formation

La DPF a fait des progrès significatifs dans l'organisation de la formation en PF et dans la qualité de cette formation. Une évaluation a été faite auprès de tout le personnel de santé formé en PF et on a compilé un fichier informatisé des personnes formées afin de voir si le bureau de formation arrive à répondre aux besoins (de formation en PF) du système sanitaire.

Des cycles de formation standardisés commencent à être développés (formation clinique et IEC). Du matériel de formation a été également fourni.

Un début de concertation s'est instauré avec les écoles médicales et paramédicales, en vue d'inclure la PF dans la formation scolaire. En septembre, au cours d'un atelier auquel participaient des représentants des Ministères de la Santé et de l'Education Nationale, l'on a défini les fonctions des personnes qui joueront un rôle en matière de PF. On a également défini les objectifs et le contenu de l'enseignement. Des stratégies pour inclure le PF dans divers curricula furent proposées. Comme les écoles médicales et paramédicales sont en train de revoir leurs curricula, le PF y sera intégré. En attendant, une des écoles paramédicales a consacré 10 heures de formation en PF et en obstétrique.

3. IEC

Le programme de formation en IEC s'est sensiblement développé l'an passé avec un atelier de 3 semaines destiné aux travailleurs sociaux et grâce au module IEC inclus dans la formation PF de base des prestataires de services. Ces quinze derniers mois, on a réalisé du matériel promotionnel: pagnes, posters, porte-clefs, T-shirt. Une base de collaboration s'est mise en place pour les activités d'IEC en SMI/PF, entre le MAS/PF, la DEPS et la DSMI. Etant donné que les efforts du bureau d'IEC se sont focalisés sur la production de matériels et sur les programmes de formation, les contacts avec le terrain sont demeurés limités. La faiblesse des ressources du bureau d'IEC de la DPF reste un obstacle au développement et à l'exécution du programme.

4. Fourniture des contraceptifs et gestion de la logistique

Un nouveau système d'approvisionnement en produits contraceptifs et gestion de la logistique a été mis en place à la fin de 1990. Une coordination se fait depuis 1989 entre les

bailleurs de fonds (FNUAP et l'USAID) et la DPF, pour assurer les commandes et les envois en quantité suffisante et à temps.

5. Techniques de gestion

La DPF avec la collaboration étroite de l'équipe d'assistance technique de l'University Research Corporation (URC) a élaboré des procédures et systèmes de gestion à partir de 1989. Les activités portent sur les domaines suivants: planification du programme; gestion du personnel; budgétisation et gestion financière, suivi, évaluation et recherche opérationnelle. Il faudra élaborer des manuels de procédures destinés à l'usage des responsables de la DPF et (après une période de rodage) sur le terrain. En 1991, la DPF a l'intention d'élaborer le manuel sur la gestion de la logistique et sur le système interne d'informations pour la gestion. La DPF, avec l'aide du programme INTEGRAH, travaillera en 1990 à l'élaboration d'une politique nationale pour intégrer les prestations de services SMI/PF dans les formations sanitaires (déjà, cette intégration est réalisée dans plusieurs formations). On espère que la politique nationale sera adoptée en 1991.

En 1991, la DPF a démarré un programme de supervision au niveau régional en organisant un atelier avec les coordonnateurs SMI/PF de Zinder, Tahoua et Agadez, afin de réaliser une liste-type de ce que le superviseur doit regarder et sur la manière dont on peut renforcer la supervision.

La disponibilité de données fiables pour évaluer les progrès et les problèmes est un aspect important de la gestion. La DPF a installé une base de données performante sur le personnel formé en PF. De plus, la DPF a collaboré avec le Ministère de la Santé pour identifier les informations à collecter par le Système National d'Informations statistiques (SNIS).

Le SNIS a été créé au début de 1989 et a été étendu à la majorité des formations sanitaires du pays, en début 1991. Malheureusement, la Direction des Etudes et de la Programmation n'a pas été en mesure de fournir des informations relatives au programme de PF. On espère que d'ici fin 1991, il pourra produire des informations fiables, informations trimestrielles et annuelles par formation sanitaire, arrondissement et département sur: a) volume de consultations PF; b) les contraceptifs distribués; c) le nombre de nouvelles utilisatrices et d) les séances de counseling et IEC - et e) le nombre total d'utilisatrices. Il est également possible que l'on apprenne et motive les centres de PF à compter le nombre d'abandons et signaler cette information dans le rapport trimestriel.

L'organisation et la gestion du programme sont gênées par l'existence de deux projets nationaux de planning familial: l'un supporté par le FNUAP et pris en charge directement par le CNSF, sous le contrôle du Ministère de la Santé; l'autre, exécuté par le Ministère des Affaires sociales et de la promotion de la femme, en collaboration avec le Ministère de la Santé et aidé par l'USAID, le FNUAP, l'IDA et d'autres bailleurs de fonds. Une bonne collaboration s'est instaurée dans le domaine de la formation. Le CNSF assume la quasi-totalité de la formation sur l'insertion du DIU et assure chaque année des formations prévues dans son

programme et financées par le FNUAP. En novembre, il fut mis un terme au fait que le CNSF contrôlait les stocks nationaux de contraceptifs et gérait leur distribution, alors que cette tâche revenait au bureau de la logistique de la DPF. Désormais, ce travail est sous le contrôle direct de la DPF. Le problème de coordination entre les deux projets devrait être plus facile à régler en 1992. On espère que d'ici là, l'assistance financière du FNUAP sera programmée directement avec le MAS/PF et non plus avec le CNSF. Le Centre a joué un rôle très important dans l'introduction du planning familial au Niger et continuera à jouer un rôle essentiel en tant que centre national de référence clinique du Ministère de la Santé, pour la santé familiale (PF, stérilité, MST); pour la formation; et pour la recherche.

6. Collaboration Interministérielle

Au moment de la conception du projet et de la signature de la convention de subvention, la DPF faisait partie du Ministère de Santé Publique et des Affaires Sociales. En 1989, la DPF était rattachée au nouveau Ministère des Affaires Sociales et la Promotion Féminine. Le problème se posait donc d'assurer des mécanismes de coordination et de collaboration efficaces pour l'exécution du programme de planification familiale. On constate que de tels mécanismes ont été mis sur pied et on assiste à une bonne collaboration. En outre, il est souhaitable que la collaboration entre la DPF et la DEP se renforce afin que le SNIS puisse produire des données valables sur le PF.

7. Le Projet de Politique Nationale de Population

L'élaboration du projet de politique nationale de la population qui devrait être adopté prochainement par l'Assemblée Nationale est un événement d'une grande importance pour la poursuite du projet. La politique nationale servira de cadre pour les actions et les activités à tous les niveaux dans le domaine de la Santé Maternelle et Infantile, Fécondité et Planification Familiale, aussi bien dans le domaine de la recherche, des études et de l'utilisation des données démographiques. Il servira également de base pour obtenir le soutien des dirigeants d'opinion au niveau régional (constituency development). La politique envisage comme objectif global d'atteindre un taux de prévalence de contraception de 20% en l'an 2000. Dans cette perspective, une re-examination des objectifs du Projet Santé Familiale et Démographique devient souhaitable.

8. Les contraintes à l'exécution du projet

Les contraintes principales telles que l'équipe d'évaluation formée semblent être liées aux problèmes d'insuffisance de matériel, de financement, de personnel formé, et au manque de données de base et d'informations pour la gestion du programme.

a) Contraintes liées au manque de ressources

Les contraintes de ressources ont empêché le développement régional des services de distribution. En particulier, dans l'accord de subvention, on préconisait l'allocation d'un fonds pour chaque arrondissement, destiné à l'achat de matériel et d'équipement. Cela n'a pas été fait. En 1991, il est envisagé d'ajouter un supplément au contrat URC pour remédier à ce problème.

Le manque de ressources a aussi freiné l'action au niveau des régions et arrondissements. Le problème de transport et de gestion pour le réapprovisionnement est particulièrement aigu. Compte tenu de l'importance accordée au programme de planning familial, par le Gouvernement et l'USAID, il est urgent que ce problème de transport soit résolu. Dans ce but, le chef d'équipe de l'assistance technique de l'URC a soumis en mars 1991, des suggestions à l'USAID.

b) Contraintes liées au personnel

L'extension de services de planning familial dépend avant tout de la disponibilité en personnel formé (IEC, clinique, logistique, management). Le niveau régional est freiné par l'insuffisance du personnel formé dans les formations sanitaires dans lesquelles il a été décidé d'implanter des services de PF. Cet obstacle tient à l'incapacité de founir un personnel en nombre suffisant compte tenu de la mobilité du personnel formé.

Le développement du programme national d'IEC est freiné par le manque d'expériences et de compétences techniques en matière d'IEC. Ce problème existe aussi bien au niveau central que régional.

c) Contraintes liées au manque d'informations

Le manque de données de base et des informations requises pour la gestion entravent actuellement le suivi, l'évaluation du progrès du projet, l'identification de problèmes à l'intention du centre et des régions, et la planification du programme.

9. Durée du Projet

Le projet a commencé en juillet 1988 et sa date d'achèvement est fixée au 31 juillet 1993. Deux ans et demi sont donc passés et il reste environ 30 mois pour terminer l'exécution du plan de travail tel que prévu par la convention du financement et dans le programme d'action 1989 - 1993 établi par la DPF en 1989. Toutefois, l'USAID envisage la possibilité d'une prolongation de la durée du projet. Cette prolongation se ferait avec un supplément de financement basé sur une estimation au prorata des coûts supplémentaires pour l'assistance technique et pour les dépenses locales, en tenant compte des besoins de fournir davantage de produits contraceptifs pendant une période plus longue. Cette prolongation pourrait tenir compte des stratégies et objectifs mentionnés ci-dessus.

En ce qui concerne la période possible d'une telle prolongation, on constate que le FNUAP est en train de programmer ses activités de PF pour la période 1992-96, au même titre que la Banque mondiale. Il semblerait donc souhaitable que si l'on opte pour une prolongation du projet , celle-ci vise à une meilleure harmonisation des efforts conjoints d'assistance des bailleurs, et s'étale sur une période de trois ans pour arriver à la date de 1996.

B. Questions spécifiques posées à l'équipe d'évaluation

1. "Pertinence du but du projet vis-à-vis de l'ensemble des objectifs de développement du Gouvernment du Niger et de l'USAID?"

La pertinence du but du projet (voir chapitre IV) vis-à-vis des objectifs nationaux du Gouvernment du Niger est confirmée par le projet de politique nationale de population formulé par un comité national et qui sera proposé pour adoption par l'Assemblé nationale au cours de l'année 1991. Ce but est également en accord avec la politique de population de l'Agence pour le Développement international (AID) et de son Bureau d'Afrique.

2. "Pertinence des objectifs initiaux[1] du projet?"

L'équipe d'évaluation considère que le but du projet et les objectifs secondaires tels que définis dans le cadre logique (voir Annexe 2 et Chapitre IIV) restent pertinents. Toutefois, une modification doit être apportée à certains des indicateurs définis pour démontrer la réalisation du but et des objectifs secondaires. Une analyse des modifications qui semble nécessaire se trouve au chapître III de ce rapport (nombre de FEAP utilisant une méthode moderne de contraception; nombre de points de sevice de PF installés; taux de prévalence de contraception).

3. " Adéquation entre moyens et objectifs du projet.

Les contraintes de ressources ont été mentionnées précédemment. En outre, les nouveaux points de service ont besoin de matériel clinique (rapport annuel 1990 de la DPF).

4. "Caractère approprié des stratégies adoptées?"

Les stratégies adoptées figurent dans le document de conception du projet, dans la convention de subvention et dans le Programme d'Action 1989-93 de la DPF. Voir Figure IV à la dernière page de ce chapitre. L'équipe d'évaluation pense que les stratégies restent dans l'ensemble tout à fait appropriées, si ce n'est pour certaines des modifications suivantes:

---

[1] But du projet et objectifs secondaires: voir cadre logique

- o L'intégration des activités de PF non seulement dans les PMI et les maternités (donc tous les centres médicaux), mais aussi dans les PM, les DQ et les DR, en respectant tout d'abord les standards de qualité de service.

- o La décentralisation de la planification des activités de PF au niveau des 7 départements et de la Commune de Niamey.

- o Le développement progressif du système de prestations de services de PF en zone rurale, y compris l'élaboration de programmes de distribution communautaires avec la collaboration des équipes de santé villageoises et des comités de santé villageois.

- o Développement d'un programme national de marketing social (de condoms et de spermicides); encouragement des activités de PF par les secteurs privé et parapublic.

5. "Résultats escomptés"

Les résultats définis dans la convention de subvention et dans le cadre logique du projet doivent être ré-évalués et repensés de façon à tenir compte:

- o des modifications et extensions de stratégies portées au projet.

- o des revisions apportées en ce qui concerne les objectifs secondaires (et les indicateurs associés).

- o d'une prolongation éventuelle de la durée du projet.

Des suggestions à propos des changements à porter dans la définition des résultats se trouvent dans les chapitres II, III et IV.

6. "Performance des contractants, de l'USAID/Niger et des Institutions du pays hôte lors de l'exécution des points sus-mentionnés?"

La performance des agents et des organisations d'exécution a été examinée dans les chapitres II, III et IV. Dans l'ensemble, la performance de ces agents est satisfaisante.

C. Recommandations

L'USAID devrait:

1) Reviser le cadre logique du projet et le plan d'action de la convention de subvention afin de tenir compte:

- o de la ré-organisation ministérielle 1989 (établissement du MAS/PF)

- o des modifications et extensions à apporter aux stratégies du projet (extension des activités dans la zone rurale, décentralisation de la planification au niveau Départemental, distribution communautaire, marketing social)

- o des révisions à apporter dans la définition des objectifs secondaires(progression du taux de CP, du nombre d'utilisatrices, du nombre de centres de PF), fondées sur une analyse plus réaliste des possibilités d'étendre le système de prestations de services de PF et d'attirer la clientèle) et tenant compte d'une prolongation de la durée du projet

La DPF devrait:

1) Tenir régulièrement des séances d'information sur les modalités d'administration et de gestion de projets.

2) Veiller à la légalisation du comité de coordination interministériel (MAS/PF/-DPF, MSP, USAID, CNSF, FNUAP, Comité National pour la Prévention du SIDA) pour la gestion de l'importation et la distribution des produits contraceptifs.

3) Renforcer sa collaboration avec la DEP pour la bonne marche du SNIS, avec des révisions du SNIS pour apporter des informations sur les abandons aussi bien que sur la totalité des utilisatrices, les nouvelles utilisatrices et l'utilisation des produits contraceptifs.

4) Chercher les moyens d'accélérer l'intégration de la formation théorique et pratique au programme de 3 écoles de santé, afin que les étudiants soient déjà formés avant de commencer leur service.

5) Renforcer le service d'IEC de la DPF avec d'autre personnel plus expérimenté.

6) Re-exameniner les quantités de contraceptifs requises pour la distribution au cours des années 1991-93 et les quantités programmées pour l'importation par l'USAID au cours des années 1991 et 1992. Augmentation probable des besoins en pilules et en conceptrol afin de répondre aux besoins qui doivent augmenter considérablement et afin d'assurer des stocks importants de ces produits à la fin de chaque année).

7) Examiner les besoins et la possiblité de fournir de l'équipement et du matériel clinique pour les nouveaux centres de PF.

8) Au cours de 1991/92, afin d'accélérer l'essor du système de prestations de service de PF: élaborer et adopter des plans d'actions d'activités de PF dans chacun des 7 Départments et de la Commune de Niamey (pour des periodes d'au moins deux ans). Ces plans doivent comprendre les activités d'IEC, la formation décentralisée, le renforcement de la supervision

et du suivi, l'amélioration des centres de PF (qualité de soins, counseling, productivité) pour les rendre plus performants, et prévoir également l'installation de nouveaux centres de PF dans les zones très peuplées ou stratégiques. Ils doivent définir les besoins financiers et en équipement et matériel.

Le projet devrait:

1) Assurer que la Directrice ou son mandataire puisse suivre régulièrement les dépenses locales d'un caractère ponctuel financées dans le cadre du contrat de l'URC (par exemple, les budgets de formation et d'activités IEC, ou encore un programme départemental).

2) Revoir le système de rapports financiers trimestriels afin de présenter les dépenses de manière qui convienne au Gouvernement. Probablement qu'il suffira de faire un rapport avec un état de dépenses plus détaillé.

D. Stratégies proposées

De 1991 à 1993

1. Intégration des activités de planification familiale au niveau de tous les centres médicaux (C.M), centres sociaux de protection maternelle et infantile (C.S - P.M.I), maternités et postes médicaux (P.M).

2. Formation du personnel nécessaire pour la mise en oeuvre du programme.

3. Acquisition du soutien des dirigeants d'opinions au niveau régional.

4. Mise en place d'un programme de sensibilisation pour motiver la population d'utiliser les services de SF/PF.

5. Mise en place d'un système qui assure l'approvisionnement des contraceptifs et autres matériels essentiels au niveau des formations sanitaires.

6. Création des structures et procédures nécessaires pour la gestion efficace du programme SF/PF.

7. Etude de la faisabilité de plusieurs méthodes de prestations de services, y compris la distribution commerciale et la distribution communautaire.

8. Collaboration du MSP/AS/CF avec le Ministère de l'Education et le Ministère de la Jeunesse pour établir un programme national d'éducation à la vie familiale.

De 1993 à 1996

Les partenaires impliqués dans l'exécution du Programme de Santé familiale (la DPF, l'URC et l'USAID) devraient dès maintenant penser à une extension du projet jusqu'à 1996. L'extension sera nécessaire pour permettre la mise en oeuvre, le renforcement et l'évaluation de certains aspects du projet qui sont clés au succès du Programme national de Planification familiale au Niger. Pour renforcer et soutenir le progrès du Projet, et pour éviter des lacunes, les partenaires devraient adopter les stratégies suivantes:

1. La décentralisation de la structure de gestion du programme, à savoir:

   a) la formation des responsables centraux et régionaux en gestion des programmes et supervision du personnel
   b) le développement des plans d'action départementaux pour la prestation de services de PF
   c) la décentralisation et l'intégration de la supervision afin de la rendre polyvalente à tous les niveaux (c.à.d. supervision polyvalente des composantes: information, prestation de services et logistiques)
   d) le recyclage du personnel sur le terrain au besoin
   e) l'évaluation des équipes de formateurs régionaux

2. L'intégration des produits, matériels et équipements PF dans le système national de gestion des produits et matériels pharmaceutiques.

3. L'augmentation de l'utilisation des stérilets et des injectables comme méthodes temporaires les plus efficaces. Ceci nécessitera un accent sur la formation du personnel/ prestataires de services PF et un effort au niveau de la sensibilisation de la population.

4. La mise en oeuvre des activités de mass média et d'IEC sur le terrain en vue de sensibiliser la population aux bénéfices de PF et à la disponibilité des services. (Le projet s'engage actuellement à la production des matériels IEC et à la formation du personnel en IEC, ce qui est nécessaire pour pouvoir mener des activités).

5. L'évaluation de la qualité de la prestation de services (y compris les aspects de counseling, distribution à base communautaire, suivi, etc.).

6. L'évaluation des besoins d'assistance technique.

7. L'évaluation des besoins budgétaires pour la mise en oeuvre des activités.

8. La coordination entre les bailleurs de fonds pour que le Programme national de SMI/PF puisse bénéficier au maximum de leurs contributions.

V. Volet démographie[1]

A. Rappel des objectifs de la mission.

Le projet Santé familiale et de Démographie (PSFD) s'inscrit dans une perspective de 5 années (1988-1991). Il comporte deux volets: volet Planification familiale et volet Démographie.

Une première mission d'évaluation s'est déroulée en mai 1989, soit environ huit mois après le début du projet.

Ce chapitre résume les constats que nous avons établis sur les activités entreprises en matière de Démographie. L'évaluation comprend 6 principaux thèmes:

- Traitement des données du recensement RGP 88
- Utilisation des données démographiques pour la planification
- Disponibilité d'autres données démographiques et sanitaires
- Besoins de formation du personnel en matière de Démographie
- Etat de la documentation démographique
- Diffusion de la production démographique.

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur l'activité dans le domaine de la Démographie, ces points ont été abordés au travers des différentes structures existantes, qui ont une activité en cette matière ou qui sont susceptibles de fournir de l'information: Le Ministère du Plan et de la Planification Régionale, Le Ministère de l`Intérieur, le Ministère des Affaires sociales et de la condition féminine, le Ministère de la Santé publique.

B. Institutions ayant une activité en matière de démographie: description et observations

B.1 La Direction de la Statistique et de la Démographie du Ministère du Plan et de la Planification régionale

Outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les services extérieurs, le Ministère du Plan comprend 7 Directions:

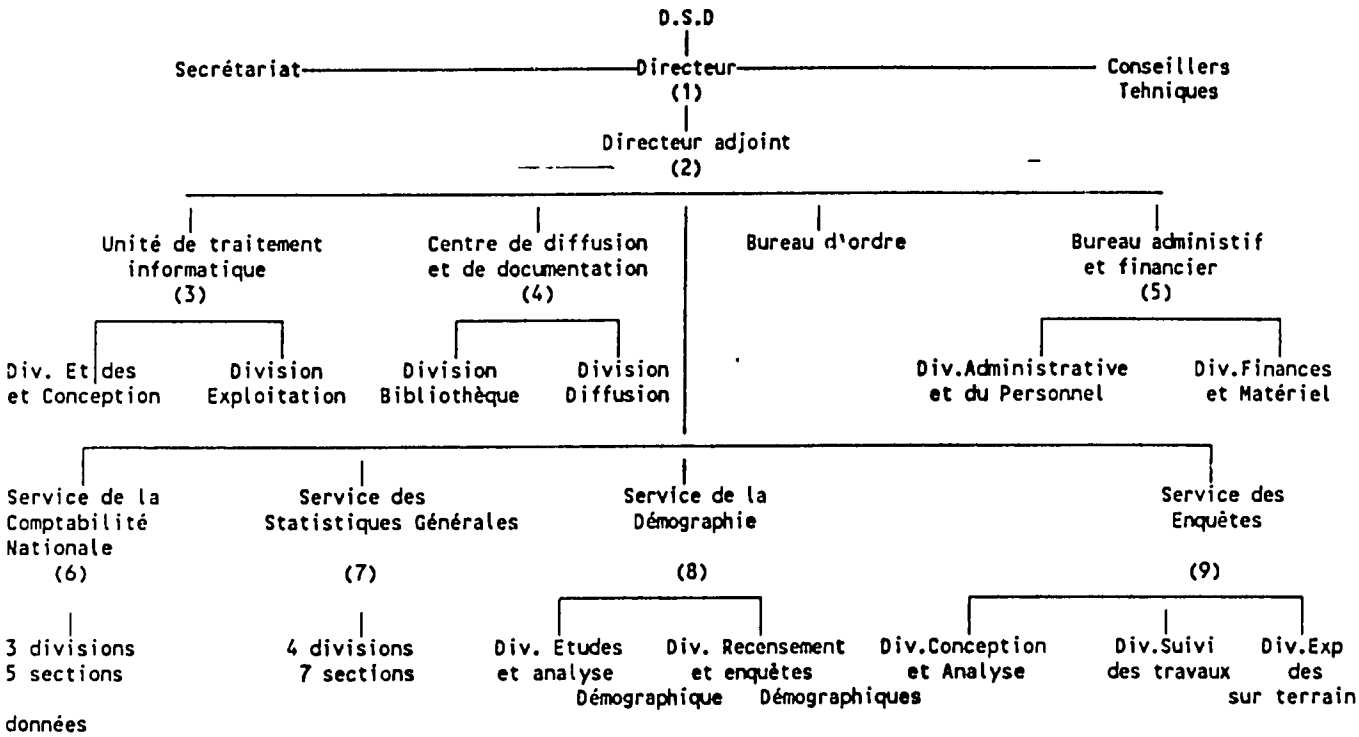
- La Direction de l'Analyse Economique et de la Prévision
- La Direction des Programmes et du Plan
- La Direction du Financement et des Investissements
- La Direction du Développement Régional et de l'Aménagement du Territoire
- La Direction de la Statistique et de la Démographie

---

[1] D.Waltisperger

- La Direction de l'Informatique
- La Direction des Affaires administratives et Financières.

La Direction de la Statistique et de la Démographie qui nous concerne plus particulièrement est organisée comme suit:



(1) M. IDRISSA ALICHINA KOURGUENI
(2) M. YOUNOUSSI ZOURKALEINI
(3) M. IBRAHIM MOUNKAILA
(4) M. BAHARI NASSAMOU
(5) Mme.OMAR ZARA
(6) M. ALMADJIR TASSIOU
(7) M. SOUMAILA IBRAHIM
(8) M. ADAMOU BOUZOU
(9) M. HAMIDOU OUSSEINI

Au sein de cette Direction, trois services sont concernés par l'évaluation: le service de la Démographie, celui des enquêtes et le Centre de diffusion et de documentation (CDD).

Le service de la Démographie comprend deux unités: le Bureau Central du Recensement (BCR) et l'Unité des Etudes Démographiques pour le Développement (UEDD).

Le Bureau Central du recensement (BCR) est dirigé depuis 3 mois par Monsieur ISSA ABDOUL RAZAOU (Démographe IFORD) qui a remplacé Monsieur GEORGES SOULEYMANE, devenu chef du CFR. Le bureau compte une trentaine de personnes réparties en 3 services:

- le service conception et documentation qui est dirigé par Mr ISSA ABDOUL RAZAOU, lequel cumule désormais les deux fonctions. Ce service regroupe:

  . la cartographie(2 dessinateurs et un commis de la statistique)
  . l'archivage (4 statisticiens , un adjoint et un agent technique)
  . l'analyse (1 démographe qui est le directeur actuel et 2 ITS dont l'un s'occupe de l'analyse des données et l'autre, du fichier national des localités).

- le service informatique dirigé provisoirement par Mr DARI, analyste programmeur, durant la formation aux Etats-Unis de Mlle JULIENNE VIAS FRANK. Ce service compte en outre 3 titulaires d'un diplôme d'analyse programmation en informatique, MM DARI, KOCHE et HAMIBOU et un adjoint technique de statistique, Mr GORZO.

- le service administratif et financier , chargé de la gestion du personnel et du matériel.

Le BCR dispose en outre, depuis plus de trois ans, des services d'un conseiller technique en informatique, Mr François Bigaud, coopérant français, représentant du FAC.

L'activité du BCR se concentre autour de trois thèmes: sortie et analyse des résultats exhaustifs du recensement, analyse de l'enquête post-censitaire, élaboration d'un fichier des localités.

- Après la publication des résultats provisoires de l'exploitation au 1/10 des ménages en janvier 1989[2], il a fallu attendre la fin de l'année 1990 pour disposer des résultats définitifs de l'exploitation au 1/10[3]. Les

---

[2] 2ème Recensement de la population 1988. Résultats provisoires. Ministère du Plan et de la Planification régionale. Bureau central du Recensement. Niamey, janvier 1989.

[3] Recensement général de la population de 1988. Rapport méthodologique et administratif. Ministère du Plan, Bureau central du Recensement. Niamey, mai 1990.
Recensement général de la population du RGP88. Tableaux des données brutes échantillon 10%. Ministère du Plan, Bureau central du Recensement. Niamey, mai 1990.
Recensement Général de la population 1988. Présentation et évaluation des principaux résultats issus de l'exploitation de 10% des ménages. Résultats préliminaires. Niamey, novembre 1990.

raisons du retard pris par rapport au calendrier prévisionnel[4] tiennent au fait que l'exploitation a dû être revue, certains redressements n'ayant pas été faits. Ces travaux ont été effectués en collaboration avec le BUCEN, lequel a également assuré une formation de 15 jours , en janvier 1990, sur l'analyse des données issues du 1/10.

- Les résultats de l'exploitation exhaustive ne sont pas encore disponibles[5]. Il est prévu de produire:

. un rapport des données brutes au niveau national (3000 exemplaires). La liste des tableaux est disponible (cf. annexe)

. un fascicule par département (3000 exemplaires)

. un rapport relatif à l'enquête de couverture (500 exemplaires)

. un rapport dressant le bilan du recensement et reprenant les observations faites lors du séminaire de Maradi, juste après les opérations de collecte (500 exemplaires)

. un rapport de codification et de saisie (500 exemplaires)

. un rapport d'analyse des ménages collectifs et des sans-abri (1000 exemplaires)

. le répertoire des localités (2500 exemplaires)

. Neuf rapports d'analyse thématiques, tirés en 3000 exemplaires sur:

- l'état de la population (RAZOU ISSA)
- la fécondité (GARBA BASSIROU)
- la mortalité (ZOURKALEINI YOUNOUSSI)
- la nuptialité (MOUSSA IDE)
- la migration (IDRISSA ALICHINA)
- les caractéristiques socio-culturelles (MOUROU HALIDOU)
- l'activité économique (IBRAHIM SOUMAILA)
- les données collectives (TASSIOU ALMADJIR)
- l'analyse des données collectives (ADO MAMAN LAOUALI)

---

[4] La première évaluation prévoyait la fin de l'analyse des 10%, en décembre 1989.

[5] La première évaluation prévoyait la fin de l'analyse des 100%, en octobre 1990.

125

Les thèmes et le plan des rapports ont été discutés avec Mr KEUMAYE (CERPOD). Une formation doit être organisée du 15 au 31 mai 1991, soit par le CERPOD, soit par le BUCEN, à partir des plans d'analyse préalablement définis.

Les tableaux bruts seraient disponibles en juin 1991 (voir annexe) et l'ensemble des publications devraient être disponibles en août 1991. Trois personnes sont affectées à ce travail.

Au niveau des départements, il est prévu d'envoyer deux jeux complets à chaque DDP. Aucun transfert de l'information sur disquette n'est envisagé pour les départements : ces derniers ne sont pas encore informatisés. Par ailleurs, les données seront archivées en double exemplaire au CIDES et à la DSD.

Le Recensement a été suivi d'une enquête post-censitaire (PES), destinée à évaluer son taux de couverture. Les difficultés rencontrées sur le terrain, en raison des mauvaises conditions climatiques et d'une préparation insuffisante de l'opération ont entraîné bon nombre de difficultés pour l'appariement des villages. A ces problèmes s'en sont ajoutés d'autres, de nature informatique, qui ont retardé considérablement le travail. L'exploitation se poursuit, avec l'assistance technique du BUCEN.

Avant le Recensement, la cartographie était pratiquement inexistante. Les cartes IGN au 1/50000 dataient de 1962. Il a donc fallu procéder à des relevés cartographiques sur le terrain, puis définir les zones de dénombrement. Ce travail a été rentabilisé par l'élaboration d'un répertoire des localités où sont codés: le département, l'arrondissement, le canton, le village et le type de localité. De plus figurent en clair, le nom du village et le type de localité. Ce répertoire qui compte environ 24000 localités sera publié courant avril. Il a d'ores et déjà suscité un grand intérêt, ce qui a incité à concevoir une seconde production sous la forme d'un **fichier informatisé des localités**[6]. Il s'agit du répertoire, enrichi d'informations statistiques. Y figurent les effectifs de population (hommes, femmes,total) et le nombre de ménages. Toujours dans le but de mieux répondre à la demande des utilisateurs, il est prévu d'inclure des informations relatives aux secteurs de la santé, de l'éducation, des transports, de l'agriculture et de l'élevage[7]. En devenant un outil de planification, ce fichier pourrait aboutir à imposer de fait l'identifiant des villages qui a été conçu pour ce projet, comme code national unique. En effet, chaque secteur dispose actuellement de sa propre codification, ce qui rend difficile, voire impossible les fusions de fichiers. En outre, il est envisagé d'inclure dans ce fichier les coordonnées topographiques de chaque localité (latitude, longitude). Cette information existe déjà au service de l'hydraulique, pour 18000 localités. Une cellule de réflexion sur le fichier des localités a été créée en janvier 1991 par arrêté ministériel, à laquelle collabore la Direction du Développement Régional et de l'Aménagement du Territoire. Le cadre institutionnel existe donc,

---

[6] Voir note technique

[7] Rappelons que chaque année, le Ministère de l'Education nationale effectue deux enquêtes (en début et fin d'année scolaire) dans les établissements et que certaines informations de gestion pourraient être incluses dans ce fichier.

le fichier aussi, il ne reste qu'à le compléter, l'actualiser et l'enrichir.

OBSERVATIONS SUR LE BCR.

Le BCR a bénéficié, pour l'exploitation du recensement de l'assistance technique du BUCEN, assistance qui, en 1990, s'est déroulée comme suit:

- Janvier 1990, voyage de Thomas Melaney pour effectuer la tabulation de certaines sorties du recensement et la conception des 17 tableaux de l'enquête post-censitaire.

- Janvier-février 1990. atelier de formation sur l'analyse des données avec micro-ordinateurs (Patricia Rowe et Karen Stanecki).

- Juin 1990, formation par Anne Canamucio au logiciel cartographique Atlas

- Juillet 90, voyage de Georges Souleymane au BUCEN pour travailler sur l'enquête post-censitaire.

- Juillet-août, formation durant 6 semaines de MM Dari et Koche, à IMPS.

- Octobre-novembre, missions de David Megill à Niamey puis à Dakar pour travailler sur l'enquête post-censitaire avec Mr Georges Souleymane Mouhamadou.

- Octobre-novembre 1990, mission de Vivian Toro sur l'exploitation des 10%.

- Novembre 1990, voyage de travail au Bucen de Mr Abdoul Razaou, en vue de l'analyse du recensement (avec Peter Johnson).

Cette assistance technique doit se poursuivre au cours de 1991 dans le cadre de l'analyse des résultats de l'exploitation exhaustive et à la diffusion des résultats : formation aux techniques d'analyse démographique; élaboration d'une politique de diffusion.

Le travail du Bureau du Recensement de Washington (BUCEN) a été d'une grande efficacité et on ne peut qu'encourager ce type d'initiative. Cependant l'expérience récente a montré que malgré cela, certaines erreurs ou certains oublis en matière de contrôle et de redressement, avaient retardé la publication des résultats au 1/10. Il convient d'en tirer la leçon et de veiller à ce que ceci ne se reproduise pas pour les sorties de l'exhaustif.

L'analyse des données qui doit aboutir à la rédaction de 9 rapports thématiques doit être particulièrement suivie. Des missions de formation et d'encadrement, par des spécialistes sur chacun des thèmes retenus, sont nécessaires. L'assistance technique ne devra pas se limiter à l'initiation aux méthodes d'analyse. Elle devra superviser aussi leur mise en application dans le cadre de la réalisation des fascicules.

121

Apparemment, les publications relatives au recensement ne prévoient pas la sortie de cartes thématiques. Ceci est particulièrement regrettable et va à l'encontre de l'objectif de sensibilisation des utilisateurs. Il est souhaitable que des cartes de densité départementales et des cartes sanitaires et scolaires soient réalisées. Les compétences (François Bigaud et autres) et le matériel existent au BCR.

La publication des résultats définitifs ne doit pas se limiter à la diffusion des rapports. La mise à disposition de disquettes de résultats, sous forme de fichiers ASCII serait d'une grande utilité. Il est également nécessaire de prévoir un service rapide de tabulation "à la demande" si l'on veut sensibiliser les différents secteurs à l'utilité des résultats du recensement. Cette remarque vaut également pour le répertoire des localités. Sans descendre à l'échelon le plus bas (localité) ce document comptera au moins 300 pages. On imagine mal l'utilisateur, ressaisir les données. La taille du fichier ne dépasse pas 6Mo. La diffusion des données sur support magnétique doit être accompagnée d'une informatisation des DDP. Il serait souhaitable de remédier à cette carence.

La poursuite du projet de fichier des localités doit être considérée comme une action prioritaire qui permettra d'imposer un identifiant des localités unique et de disposer en permanence d'un instrument de planification et d'une base de sondage. Pour cela, il est nécessaire de continuer la vérification du nom des villages et d'organiser son actualisation. Si cet outil est correctement entretenu, il sera un excellent moyen de sensibilisation des différents secteurs à la composante démographique dans la planification. Il sera également fort utile pour le prochain recensement (définition des zones de dénombrement)[8]. Les vérifications et l'entretien du fichier pourraient être jumelés avec d'autres opérations de terrain comme la réorganisation de l'état civil par exemple.

Le recensement est un évènement rare qui bénéficie d'une grande publicité avant son lancement. La sortie des résultats est la preuve de son utilité. Elle doit donc être portée à la connaissance d'un maximum de personnes. Sur ce point, il est dommage que POPULATION INFO n'ait pas consacré un numéro à la sortie du 1/10. Ceci peut être fait lors de la publication de l'exhaustif.

L'importance donnée au recensement confère aux personnes qui y ont participé une référence sur le marché du travail. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les cadres et le personnel informatique. Le BCR a vécu ce phénomène à son détriment en assistant à une mobilité accélérée de son personnel. Cette situation est incompatible avec la constitution d'une équipe solide, susceptible d'encadrer efficacement le prochain recensement. Il est nécessaire d'étudier les solutions pour résoudre ce problème (prévoir du personnel de remplacement) si l'on veut éviter de repartir à zéro lors du lancement de chaque nouveau projet.

---

[8] Son concepteur, Mr François Bigaud termine son contrat de coopération dans moins d'un an et il est urgent d'assurer la relève. Une collaboration USAID/FAC pourrait apporter une solution.

L'UEDD, créée en 1984, sur financement FNUAP, avait pour but de mettre à la disposition du Plan une équipe pluridisciplinaire[9]. Elle se compose d'un conseiller technique principal, pris en charge par le DTCD[10], de 3 démographes[11], 1 sociologue, 1 économiste, 2 adjoints techniques de la statistique et un agent technique de la statistique. Sa mission consiste à:

- intégrer la variable démographique dans la planification du développement,
- améliorer la connaissance des variables démographiques du pays
- mettre en évidence les déterminants de la fécondité et de la mortalité à partir des données du recensement.

Entre 1984 et 1988, les objectifs de travail énoncés précédemment n'ont pu être pleinement atteints, faute d'information démographique de base (RGP 88) et faute de personnel. En effet, l'équipe actuelle n'existe que depuis 1988 et les premiers résultats (provisoires) du RP ont été publiés en novembre 1989. Jusqu'en 1988, l'UEDD ne comptait que le conseiller technique principal et son homologue: Mr HAMANI HAROUMA, actuellement en formation à l'Université catholique de Louvain (Belgique). Néanmoins, l'Unité des Etudes Démographiques pour le Développement a publié en 1986 un plan d`action afin d'inclure la variable démographique dans le plan de développement de 1987-91[12]. Ce premier travail a été poursuivi comme suit:

- En mai-juin 1989, a eu lieu à Tillabéri, un séminaire destiné à promouvoir l`enseignement de la démographie au Niger, séminaire auquel participaient des représentants du CERPOD (Bamako), de l'IFORD (Yaoundé) et de l'URD (Lomé). Ce séminaire a donné lieu à une publication.[13]
- En décembre 1989 s'est tenu un atelier sur l`intégration des variables démographiques dans la planification du développement, auquel participaient des techniciens de l'Education, de la Santé-

---

[9] Cette unité n'est pas directement financée par le projet mais son action est essentielle pour atteindre les objectifs du projet.

[10] Mr NGUYEN TINH Nghia. Département pour la coopération technique et le Développement. Nations Unies.

[11] MM GARBA BASSIROU(IFORD), MOUSSA IDE et MOUROU HALIDOU (Université de Montréal)

[12] Séminaire sur Population et Développement. Formulation d'un plan d'action. MP/DSI/UEDD, Kollo 1-5/6/1986.

[13] Bilan et perspectives de l'enseignement de la Démographie au Niger. Tillabéri 29/5-1/6/89.

Affaires sociales, de l'Intérieur, du Travail et de la Fonction publique. Au cours de ce séminaire a été présenté par MM KEUMAYE (CERPOD) et DICKERSON (FUTURES GROUP, LOME), le programme INTEGRA permettant de prendre en compte la variable population dans la planification. Ce programme, conçu dans le cadre du projet RAPID III comprend 5 modules:

* NPROJ (projection de la population),
* PLANFAM (projection des besoins en ressources contraceptives pour atteindre l'indice de fécondité voulu)
* SANTE (projection de la répartition des ressources sanitaires),
* EDUC (modèle de prévision pour l'éducation)
* EMPLOI (modèle de projection du marché de l'emploi).

INTEGRA permet de distinguer les milieux (urbain/rural) et de prendre en compte jusqu'à 50 unités géographiques.

Les documents techniques qui ont servi lors de cette démonstration comprennent deux rapports de 200 pages environ. Jusqu'à présent, ils n'ont pas été synthétisés de manière à faire l'objet d'une diffusion.[14]

Au niveau de l'UEDD, Mr MOUSTAPHA MAYAMENE a suivi une formation à INTEGRA au CERPOD (Bamako). Il est en mesure de répondre aux demandes ponctuelles d'autres secteurs, demandes qui jusqu'à présent n'ont pas été formulées.

- Dans le cadre de la promotion de l'information démographique, à l'issue d'un séminaire de sensibilisation des techniciens de la communication (avril 1990), a été créée la revue Population-Info, avec la collaboration d'une équipe de journalistes initiés aux problèmes de population, par la Direction de la Statistique. Ce bulletin trimestriel destiné à la vulgarisation de l'information se présente sous la forme d'un journal de 4 à 6 pages (voir exemplaire en annexe). Sa présentation est comparable à celle de Population et Société de l'INED. Le Numéro 1 est paru en juillet 1990. Le numéro suivant est en attente de publication. Ce bulletin est tiré à un millier d'exemplaires et diffusé dans les Ministères, auprès des responsables des différents projets portant sur la population, des facultés, des écoles, des bibliothèques, des autorités départementales, des organismes internationaux et des ambassades.

- Un comité technique interministériel sur la population a été mis sur pied en décembre 1990[15] afin de coordonner les travaux d'information et de sensibilisation des cadres de l'administration nigérienne sur le projet de politique de population. Le Ministère de la Santé en assure la Présidence; le Ministère du Plan, la vice-Présidence et l'Unité de Démographie pour le Développement, le secrétariat. Parmi les activités entreprises, citons:

---

[14] Séminaire sur l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement CSON/MP/DSD/UEDD, Kollo 4-8/12/1989.

[15] Arrêté ministériel du 24/12/90.

* les réunions d'information et de sensibilisation des 5,6 et 7 février 1991 qui successivement ont convié:

. les secrétaires Généraux et adjoints des Ministères

. Les Directeurs centraux et chefs de Services des principales administrations

. les Directeurs centraux, chefs de Services et Directeurs des sociétés d'économie mixte des principaux ministères.

* l'organisation de missions d'étude au Maroc, en Tunisie, au Sénégal, au Kenya et au Rwanda (mai 1990). Les trois premiers pays comme le Niger, sont à majorité musulmane; les deux derniers ont déjà une longue expérience en matière de politique de population. Par ailleurs, 4 bourses ont été accordées à des membres de l'UEDD pour participer au séminaire de Paris (FNUAP) sur Population et Développement.

* la réalisation d'une sorte d'analyse-diagnostic dans les secteurs de la Santé-Affaires Sociales et de l'Education[16]. L'atelier de travail, organisé en octobre-novembre 1990 à Kollo,[17] a donné lieu à la production de 5 rapports:

. Planification familiale, mortalité, morbidité, fécondité

. Population et développement

. Statut et rôle des femmes, enfants et jeunes, personnes du troisième âge

. Migration, urbanisation, emploi et aménagement du territoire.

. Cadre institutionnel, recherche et formation dans le domaine de la démographie et de population et développement,information et sensibilisation.

Les textes de base ont fait l'objet de synthèses. Cependant, des problèmes de reprographie n'ont pas permis d'effectuer jusqu'à présent la diffusion. Elle sera faite à l'occasion du séminaire de concertation avec les représentants du peuple (25-27 mars 1991).

* la rédaction du projet de déclaration de la politique de population à l'issue d'un atelier qui s'est

---

[16] Projet de politique de population: Diagnostic de la situation Socio-Demo-Economique. Comité technique interministériel sur la population (CTIP).

[17] Comité interministériel sur la population (CTIP), Kollo, 29 octobre-4 novembre 1990.

tenu du 11 au 15 février 1991 à Maradi. Ce document sera examiné au niveau national à partir du 25 mars, à Niamey avant d'être remis au gouvernement pour adoption (comme loi). Il définit les principes sur lesquels se fonde la politique du Niger, ainsi que les objectifs et la stratégie à adopter dans les domaines suivants:

. Femmes, enfants et jeunes
. Agriculture
. Environnement
. Santé maternelle et infantile, fécondité et Planification familiale
. Education et alphabétisation
. Emploi
. Migration et urbanisation

La poursuite de ce travail (avec le concours de la Banque mondiale), consistera en la mise en place de cette politique, puis en l'élaboration d'un plan d'actions dans le cadre du plan quinquennal de 1992-96. Ceci ne pourra se faire sans études et recherches préalables. En effet, tout instrument d'aide à la planification, aussi sophistiqué soit-il, est sans intérêts s'il n'est pas "alimenté" par des informations propres au pays. Consciente de ce besoin, l'UEDD orientera ces activités vers 4 thèmes (ou composantes) :

. une composante démographique
. une composante jeunesse
. une composante santé maternelle/planning familial
. une composante femme et développement.

Dans le cadre de la composante démographique est envisagée:

* l'amélioration des statistiques courantes, en particulier la reprise en main par l'UEDD de l'exploitation de l'état civil.

* la poursuite du travail de sensibilisation à la variable démographique dans la planification du développement, en encourageant les publications régionales

* l'incitation à des travaux de recherche en mettant sur pied un cadre institutionnel de recherche puis en lançant des travaux sur des données existantes (telles que les données sanitaires) et en réalisant des enquêtes légères sur les facteurs explicatifs de la mortalité, de la fécondité et de la migration. L'accent devra être mis sur la collaboration avec d'autres institutions, comme l'université.

Dans le cadre de la composante SMI/PF, l'accent est mis davantage sur la santé maternelle qu'infantile. Il est prévu:

* Une recherche-action sur l'amélioration des prestations de services pour améliorer la santé maternelle (recyclage des équipes de santé villageoises et suivi des matrones)

* Un programme d'éducation de la population en matière d'hygiène et de planification familiale

* Une étude sur la gestion des ressources humaines et matérielles.

Cette partie du projet ne prévoit pas de travailler à l'amélioration des statistiques sanitaires, ceci étant déjà pris en charge par le SNIS/MS. Précisons toutefois que ce dernier service ne dispose pas de démographe.

Actuellement ce projet en est à l'étape de pré-évaluation. Les documents relatifs aux différentes composantes ne sont pas achevés sauf celui qui a trait à la composante démographique.

OBSERVATIONS SUR l'UEDD.

L'UEDD a été créée à l'origine pour mettre à la disposition du Ministère du Plan, une équipe pluridisciplinaire. Si celle-ci est relativement bien pourvue en démographes, elle ne possède ni géographe, ni juriste, ni informaticien programmeur. Cette dernière fonction est assurée Mr DIALLO ISSAKA, agent technique. Ceci risque de poser problème lorsque l'UEDD investira dans le domaine du traitement et de l'analyse des données, d'autant plus que l'unité ne possède pas non plus de statisticien. Depuis la première évaluation, les effectifs ne se sont accrus que d'un adjoint technique de la statistique. A cette époque, le PNADD prévoyait la formation de 5 démographes par an, pendant 5 ans, à partir de 1988.

Depuis, l'évaluation de mai 1989, les activités en matière d'information et de sensibilisation au problème démographique dans la planification se sont considérablement développées. Si l'objectif de sensibilisation théorique a été atteint, il reste à démontrer que l'utilisation pratique des données de population dans la planification est possible. Or, ceci ne pourra être fait tant que les modèles disponibles ne seront pas alimentés par une information suffisante en qualité et quantité. Il est donc urgent que la priorité soit donnée à la production, par la réalisation d'enquêtes et d'études. Ce besoin a fort bien été perçu par l'UEDD qui actuellement accorde une priorité à l'exploitation de l'enquête EMIJ. D'autre part, des projets d'enquêtes sont déjà identifiés:

- **L'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN)**, programmée initialement pour 1990 et reportée en 1991[18] est une opération importante en tant qu'outil d'intégration de la composante démographique dans le secteur de la Santé: elle évaluera la connaissance et les pratiques en matière d'espacement des naissances, les aspirations des femmes quant à leur descendance, le comportement vis-à-vis de la vaccination et des visites prénatales. Elle fournira en outre des indicateurs de nuptialité, fécondité et de mortalité aux niveaux national et régional, permettant, entre autre, des comparaisons avec les résultats du recensement[19]. Cependant, ce type

---

[18] Dans l'attente du répertoire des localités devant servir de base de sondage.

[19] Cf. Note technique sur l'enquête démographique et de santé au niger (EDSN). MP/DSD, janvier 1991.

d'enquête a une portée assez limitée d'une part sur le plan de l'étude des variables démographiques et d'autre part au niveau de la signification des résultats à un échelon géographique fin.

Le projet d'**Enquête Nationale Démographique** prévu pour 1994-95 apparaît comme un complément utile aux résultats de l'EDS sur le plan de l'information démographique. Son élaboration nécessite cependant un travail préalable de conception et d'organisation important. Un investissement devra être réalisé tant sur le plan de la méthodologie de la collecte (en particulier en milieu nomade) que dans le domaine de la conception du questionnaire: au cours de ces dernières années ont été élaborées de nouvelles techniques d'estimation (mortalité des enfants, des parents, mortalité maternelle à partir de la survie des soeurs...) ainsi que des techniques d'analyse qu'il convient de maîtriser. Des ateliers de formation avant et après l'enquête seront indispensables.

La connaissance dans les domaines: Démographie, IEC et planification familiale pourrait être approfondie en réalisant des monographies de villages, comme cela a été fait au Sénégal. Cette démarche présente l'intérêt d'intégrer le problème de planification familiale dans un contexte global. Si l'on connaît assez bien l'offre de services, on maîtrise encore mal les facteurs socio-culturels qui freinent la demande. En ce sens, les monographies de villages pourraient servir à approfondir l'enquête EDS, sur des thèmes tels que : le rôle et le statut de la femme, la place de l'enfant, le point de vue des hommes. De plus, elles donnent accès à un échelon géographique que l'EDS ne peut atteindre. Ainsi, à titre d'exemple, citons le cas du Sénégal, où pour les régions de Thies et du Cap vert, l'EDS disposait de 1673 questionnaires contre 498 pour les monographies de 4 villages[20].

Afin de rentabiliser ce genre d'opération il conviendrait de réaliser des questionnaires compatibles avec ceux de l'EDS, de manière à effectuer ensuite des comparaisons (monographie et EDSN milieu rural).

Les monographies de villages ont en outre l'avantage d'être d'un coût réduit (au Sénégal, grâce au concours d'une équipe d'étudiantes de la Sorbonne-Paris V). On pourrait tout aussi bien faire collaborer des étudiants de l'Université de Niamey.

- **L'enquête migration et urbanisation en Afrique de l'Ouest** est un projet régional sur les 7 pays du CILSS, auquel participe le CERPOD. Actuellement, le projet en est à la phase pilote et les opérations de terrain devraient démarrer en mai. Si l'intérêt de cette investigation, n'est pas direct en ce qui concerne la planification, il l'est en revanche dans le cadre de la formation et de la sensibilisation à la variable Démographique, en associant à sa réalisation, la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Niamey, l'Institut de Recherche en Sciences Humaines (IRISH) et la Direction de l'Habitat du Ministère de l'Equipement. On peut également envisager

---

[20] Démographie, IEC et Planification Familiale en milieu rural sénégalais. Monographie de villages (Régions de Thiès). Ministère du développement social, direction de la famille et des droits de la femme. Université de Paris V, PSFP/USAID, ISTI. Publié avec le concours de l'Institut National d'Etudes Démographiques. Paris, février 1990.

d'utiliser cette opération pour délester d'autres collectes, du volet migration. Cette dernière initiative est toutefois dangereuse, dans la mesure où fatalement des modifications de calendrier risquent de se produire. Sur ce point, l'exemple de l'enquête Budget-consommation est éloquent. Les résultats du milieu urbain sont sortis en 1989 et ceux du milieu rural sont attendus pour 1992.

Cette brève énumération des projets tend à prouver que la programmation de la collecte est en bonne voie. Encore faut-il qu'elle soit réalisable dans des délais raisonnables: la publication de résultats vieux de plusieurs années n'ont guère d'intérêt pour la planification. Or le manque de personnel d'encadrement risque de faire obstacle à la bonne réalisation de ces opérations. Cette remarque ne concerne pas seulement les démographes de l'UEDD, mais aussi le Service des enquêtes.

Le Service des enquêtes a en effet d'autres opérations en cours ou programmées dont il convient de tenir compte:

. finalisation de l'enquête budget-consommation en milieu urbaine lancement de la collecte en milieu rural, en août 1991

. enquête annuelle (1991) de conjoncture sur la culture et l'élevage

. recensement agricole de 1992

. enquête de comportement économique et social, prévue pour 1992

. enquête sur l'emploi, la condition féminine et le secteur informel, programmée pour 1993,

Il convient de rappeler que le service des enquêtes compte un effectif de 25 personnes:

*Division exploitation des données, MM OUSSEINI HAMIDOU, MOUTARI MALAM et SANI OUMAROU, tous trois ITS,

* Division conception analyse, Mr ABDOU NOMAO, adjoint technique de la statistique, assisté par 5 agents

* Division suivi des travaux, Mr HAROUNA MAAZOU, adjoint technique de la statistique, assisté par 7 agents,

* Division exploitation des données, Mr HAMIDOU IDE, assisté par 10 agents.

Pour ce qui est des cadres de l'UEDD, le problème de télescopage des tâches est particulièrement vif. Ces derniers devront partager leur temps entre les activités administratives, de supervision des enquêtes, de formation et d'étude. Ils devront de plus, prendre en charge l'exploitation de l'état civil dès 1991.

Compte tenu de la multiplicité des activités, il semble indispensable d'élaborer un calendrier annuel

nominatif de manière à coordonner le mieux possible les travaux et à prévoir les goulots d'étranglement, afin d'y remédier à temps.

La mise en place de ce cadre de gestion des activités devrait être accompagnée d'une plus grande concertation de la part des bailleurs de fonds et d'un plus grand respect des dates de démarrage des projets, de façon à faciliter la programmation des tâches au niveau de l'UEDD. Le projet de transformer l'UEDD en Institut National de Recherche sur la Population et le Développement[21] (INRPD) répond à ce besoin d'harmoniser les activités. L'INRPD assurerait, en autres missions:

- la promotion et la coordination de la recherche
- le conseil du Gouvernement en matière de politique de population
- le suivi et l'évaluation des programmes de population

Si le personnel d'encadrement de l'UEDD possède une formation universitaire solide, il est en revanche dans l'impossibilité de se tenir régulièrement au courant des innovations, faute d'une documentation suffisante et de formateurs sur place, ce qui le contraint à s'expatrier plus ou moins longtemps pour suivre des séminaires, voire des formations complémentaires. Cette situation ne fait qu'accroître le manque de personnel pour le suivi des projets. Dans la perspective de l'analyse des enquêtes prochaines et du recensement, il est indispensable que l'UEDD soit en mesure de se procurer un minimum de documentation (manuels d'analyse et articles)[22]. Des ateliers de recyclage sur l'analyse démographique et statistique sont également nécessaires.

Par ailleurs, un effort tout particulier doit être fait afin de limiter les pertes de temps dues à des problèmes logistiques. A titre d'exemple, un seul photocopieur est actuellement en état de marche à la DSD. A l'UEDD, il est impossible de faire des transferts de disquettes 3,5 - 5 pouces 1/4, une seule imprimante est en état de marche et les trois micro-ordinateurs fonctionnent sans onduleur.

- Le Centre de Documentation Démographique (CDD) fait partie de la DSD et est rattaché à l'UEDD[23]. Il comprend 4 personnes:

. Mr BOHARI NASSAMOU, responsable du centre

---

[21] Cf. Projet de déclaration de politique de population, en annexe.

[22] A l'occasion de cette mission, l'équipe d'évaluation a apporté une vingtaine d'articles relatifs aux techniques récentes d'estimation de la mortalité infanto-juvénile et maternelle de manière que les personnes intéressées en fasse une copie.

[23] Le projet de création d'une bibliothèque propre à l'UEDD, prévu par la PNADD pour fin 1989 et signalé lors de la première évaluation n'a pas été réalisé jusqu'à présent.

. Mr AMADOU KIMBA, responsable de la diffusion

. Mr AMADOU HAROUNA, responsable de la documentation

. Mme FATI ALAMINA MAIGA, secrétaire.

Parmi le personnel, aucun ne possède de diplôme de documentaliste.

Bien que ce centre existe officiellement depuis 1982, il n'est devenu opérationnel que depuis moins d'un an. Il ne possède pas de budget propre et fonctionne sur celui de l'UEDD.

Le centre possède environ 2000 ouvrages qui sont classés selon l'ordre chronologique d'arrivée.

Il ne dispose que d'une seule salle, certes assez grande, mais insuffisante pour la gestion, le stockage et le service de lecture.

Une gestion informatisée du centre a démarré à la suite de la formation de Mr AMADOU HAROUNA au système CDS/ISIS, formation de trois semaines qu'il a suivie au centre de documentation du Ministère du plan (CIDES).

Le CDD ne dispose pas de son propre matériel informatique. Il bénéficie seulement d'une priorité sur l'un des micro (Bull Micral 60) du centre informatique. Ce micro est partagé entre 3 utilisateurs de sorte que seulement 6Mo soient alloués à la documentation. Ajoutons que la machine a des performances insuffisantes pour gérer une base de données. les tris sur plusieurs variables sont souvent impossibles, faute d'espace mémoire.

La saisie informatique des références a débuté il y a environ 6 mois et 200 ouvrages ont été enregistrés. Les bordereaux de saisie utilisés sont identiques à ceux du CIDES[24], ce qui permettra à terme de récupérer de leurs fichiers, les références qui intéressent le CDD. Un travail analogue est prévu avec la bibliothèque de l'Institut de Recherche en Sciences Humaines de Niamey (IRSH). Deux autres centres de documentation sont également exploitables: celui de l'Université de Niamey et celui de l'OMS. Malheureusement, ces derniers ne sont pas informatisés.

L'approvisionnement en documentation se fait d'une part à partir du CIDES et d'autre part, par abonnement. Les transmissions depuis le CIDES sont irrégulières et n'interviennent que lors de la réception d'ouvrages en plusieurs exemplaires. Le CDD n'est abonné qu'à trois revues: Population, Population et Société de l'INED et Pop Sahel.

---

[24] Voir exemplaire en annexe.

OBSERVATIONS SUR LE CDD

- Le bon fonctionnement du CDD requiert la disponibilité d'au moins deux salles. Actuellement, il est impossible de consulter un ouvrage sur place. Il s'en suit que la formule de prêt est la seule procédure utilisable, d'où dissémination, voire perte des ouvrages.

- Si l'informatisation du centre est indispensable, elle ne doit pas exclure la gestion manuelle. Toute bibliothèque possède des fichiers thématiques, géographiques etc... qui permettent au lecteur de repérer les ouvrages qui l'intéressent. De plus ces fichiers sont nécessaires tant que le système informatisé n'est pas opérationnel.

- Le matériel informatique mis à disposition du CDD est totalement inadapté aux besoins. Il est souhaitable que le centre possède sa propre machine: un micro muni d'un processeur 80386, avec disque dur amovible (de type Tandon) paraît tout à fait adapté pour ce genre de tâches. Il faudrait y adjoindre une imprimante et le matériel de protection (stabilisateur et onduleur).

- La qualification du personnel est insuffisante. On conçoit mal un centre de documentation fonctionnant sans documentaliste. Faute de diplôme, une formation sur le tas est envisageable. Dans cette perspective, il faudrait voir dans quelle mesure le centre de documentation de l'URD de Lomé ne pourrait pas transmettre son savoir-faire. A défaut, le recours à l'assistance technique d'un spécialiste sera nécessaire.

- L'approvisionnement en ouvrages n'est pas organisé. Il est vivement conseillé de s'adresser à des organismes étrangers et internationaux qui pourraient envoyer à coût réduit, voire gratuitement, des documents. Parmi eux, citons:

-la Banque mondiale (Washington)
-le BUCEN (Washington)
-le Bureau régional pour l'Afrique francophone, du Population Council (Dakar)
-le CERPOD (Bamako)
-le Centre de développement de l'OCDE, Paris
-le CEPED (Paris)
-le CERPA (Paris V sorbonne)
-le CILLS (Ouagadougou)
-le Club du Sahel, Paris
-l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de l'Université de Londres
-la Fondation Rockefeller (New York)
-l'IFORD (Yaoundé)
-l'INED Paris
-l'INSEE, Paris
-l'Institut de Démographie de Paris (IDP)
-les Organismes des Nations Unies
-l'Université Catholique de Louvain la Neuve (Belgique)

-l'Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la population (Liège)
-l'URD (Lomé)-l'Institut de Démographie de Paris

Dans un premier temps, le CDD devrait se procurer le listing des publications à caractère démographique de ces différents centres, ainsi que ceux du CIDES et de l'IRSH[25].

- Un branchement au réseau sahélien d'information et de documentation (RESADOC) de Bamako et au réseau sur la population pour l'Afrique (POPIN-Africa) de la CEA, à Addis-Abeba serait très utile.

- Pour terminer ce chapitre sur la documentation, il semble important de mettre l'accent sur le fait que le travail des pays anglo-saxons tant en matière de collecte que de techniques d'estimation a actuellement une place de tout premier plan et que l'on ne peut ignorer les recherches qui ont été faites. Un service de documentation doit posséder un minimum de revues anglaises ou américaines, comme Population studies ou Pop Index. Ceci pose le problème d'une connaissance minimum de la langue anglaise tant au niveau du service de documentation (personne chargée d'analyser les articles) que des démographes qui doivent se consacrer à l'analyse du recensement et des futures enquêtes (EDSN, END). Une formation de base avait commencé[26]; elle doit se poursuivre.

B.2 Le Ministère de l'Intérieur

Le système d'état civil est régi par une ordonnance présidentielle de 1985. Son exploitation est confiée à **la Direction de l'état civil et de la Population .**

Monsieur AMADOU IDE (Directeur) bénéficie de la collaboration de 4 cadres supérieurs:

.Mr NASSIROU NAYOUSSA (administrateur)
.Mr MOUSSA BAFACHI (juriste)
.Mr WANTO MAMAN (juriste)
.Mr YAHAYA ISSAKA (juriste).

Outre le secrétariat, le personnel d'exécution se compose de 12 personnes: 2 adjoints techniques de la statistique, 1 agent technique, 9 agents de codification et de saisie.

Dernièrement, dans le cadre de la décentralisation, 3 chefs de divisions ont été affectés à la commune urbaine de Niamey et aux départements de Zinder et de Maradi.

---

[25] A titre indicatif figure en annexe celui du CEPED (Paris).

[26] Au centre culturel américain, par exemple.

Le système de l'état civil comprend:

* 80 centres principaux situés dans les chefs lieux d'arrondissement
* 102 centres secondaires établis dans les chefs lieux de canton
* 718 centres auxiliaires créés aux niveaux des villages et des formations sanitaires.

L'information est consignée sur les registres et sur trois volets dont le second est destiné à des fins statistiques. La Direction de l'Etat Civil et de la Population, du Ministère de l'Intérieur est chargée de la sensibilisation, de la supervision et de l'exploitation statistique.

Les actes d'état civil enregistrés sont au nombre de 3; naissances, décès et mariages.

OBSERVATIONS SUR L'ETAT CIVIL.

Des estimations récentes de couverture, conduisent à un taux d'enregistrement de l'ordre de 57% des naissances et moins de 30% des décès[27]. Ces résultats varient sensiblement selon le département. Ainsi, dans la commune de Niamey et le département de Diffa, les déclarations des naissances atteindraient 78% contre seulement 48% dans celui de Maradi. Les causes du mauvais fonctionnement de l'état civil sont nombreuses et malheureusement communes à bon nombre de pays d'Afrique. Parmi elles, citons:

* l'absence de motivation des gens à déclarer les évènements. Le plus souvent un papier officiel devient nécessaire lors de l'entrée à l'école. Le faible taux d'alphabétisation est donc un frein à l'amélioration du système.

* l'insuffisance du nombre de centres auxiliaires et leur répartition géographique inégale dissuade d'entreprendre un long trajet pour effectuer une démarche jugée inutile.

* l'absence de motivation et de formation d'une partie du personnel chargé de l'enregistrement. C'est particulièrement le cas des sages-femmes qui doivent remplir bénévolement les bordereaux, en dehors des heures de travail et qui n'ont reçu aucune formation en matière d'état civil. L'agent d'état civil dispose d'un manuel qui manque de détails: il ne traite que des naissances, décès et mariages. Les situations moins courantes telles que la déclaration d'un mort-né, la déclaration simultanée d'une naissance suivie du décès dans les premiers jours, ne sont pas abordées.

* l'absence de moyens budgétaires de la Direction centrale chargée de la sensibilisation et de la supervision: 3 véhicules tout-terrain pratiquement hors d'usage, manque de carburant etc... Cette situation conduit à espacer les visites sur le terrain, ce qui contribue à démobiliser le personnel chargé de la collecte.

---

[27] L'état civil au Niger depuis la réforme de 1985-naissances, mariages, décès. Ministère de l'Intérieur, Direction de l'état civil et de la population, Niamey, juillet 1990.

* le manque de moyens au niveau central rend impossible l'organisation d'un système statistique efficace: micro-ordinateurs obsolètes et manque de budget de maintenance (le CERPOD répond au coup par coup aux demandes de remise en état), absence de personnel formé à la saisie, absence de statisticien et d'informaticien. Il faut noter que le personnel de saisie ne dispose que d'un manuel de codification très rudimentaire, n'envisageant que les "situations classiques", ce qui est insuffisant quand les bordereaux sont mal renseignés. De plus, les agents de saisie ont été formés sur le tas et ne maîtrisent pas l'outil informatique, ce qui provoque parfois des catastrophes (perte de l'information saisie).

La remise sur pied du système d'état civil est une entreprise de longue haleine. Cependant, celui-ci demeure le seul moyen d'observation permanente du mouvement de la population. Il est donc indispensable d'initier une réorganisation. La récupération de l'exploitation des données par la Direction de la statistique, au cours de l'année 1991 est une heureuse initiative qui mérite d'être soutenue. Monsieur MOUROU ALIDOU (UEDD) est pressenti pour cette tâche.

Parmi les actions à entreprendre, l'exploitation des données de 1988 est prioritaire. Elle permettra, par comparaisons aux résultats du RP d'obtenir de façon relativement précise et détaillée un état du taux de couverture du système. Actuellement les calculs du taux de couverture se font par comparaison des évènements enregistrés, aux évènements attendus, compte tenu des niveaux de fécondité et mortalité vraisemblables. Ces nouvelles évaluations seront plus précises et fort utiles pour orienter la réorganisation du système. Dans cette perspective, il faudrait voir l'aide que pourrait apporter le gouvernement français (FAC), par exemple, sous la forme de la mise à disposition d'un expert, en vue d'effectuer un diagnostic. Pour les modalités pratiques, on pourrait prendre contact avec Monsieur Michel FRANCOIS du CEPED (Paris).

Sans présager des conclusions de l'expertise, on peut d'ores et déjà suggérer quelques actions à entreprendre:

* dispenser un enseignement sur l'état civil dans les centres de formation paramédicale

* élaborer un système de saisie et de contrôle performant; organiser une formation pour le personnel de codification et de saisie

* procéder à une recherche sur les méthode d'extension du système à la population nomade (points d'eau, zones de pâturage etc...).

L'amélioration du système d'état civil ne peut certes donner rapidement des résultats satisfaisants au niveau de l'ensemble du pays. On peut cependant atteindre rapidement une couverture suffisante dans le département de Diffa ou de la commune urbaine de Niamey, pour mener des études sur les causes de décès, voire sur le mouvement saisonnier des naissances et décès. Pour cela on pourrait s'inspirer des travaux

menés sur la ville de Bamako (CERPOD)[28].

B.3 Les ministères de la Santé publique (MSP), des Affaires Sociales et de la Promotion de la Femme (MAS/PF).

- **Le Système National d'Informations Statistiques (SNIS)** du Ministère de la Santé Publique/ DEP a été créé en 1989. Il reçoit essentiellement des informations relatives à la gestion des formations sanitaires. Celles-ci envoient un rapport mensuel à l'arrondissement qui adresse un rapport trimestriel au département. La transmission des informations s'effectue sur des bordereaux standards (voir annexe). L'exploitation des données n'a pas encore été faite. Elle devrait débuter cette année, sur l'exercice 1990. Le SNIS ne dispose pas actuellement des services d'un démographe et son activité est orientée vers la gestion.

- **Le Bureau de Statistique du MSA/PF** ne dispose pas à vrai dire de données démographiques. Signalons toutefois qu'il dispose d'une gestion informatisée de fichiers concernant:

  . les personnes formées en planning familial
  . des centres de planning familial
  . de gestion des stocks du magasin national
  . de la répartition des stocks dans les différents départements.

OBSERVATIONS SUR LES STATISTIQUES SANITAIRES.

Les renseignements recueillis ont encore une utilité restreinte dans la mesure où ils ne donnent lieu qu'à des comptages: nombre de personnes venues en consultation ou volume des produits distribués. Les performances de cet outil seraient considérablement accrues si des informations relatives à la population concernée, pouvaient y être incluses: l'activité d'une formation ne peut être appréciée uniquement en termes de volume. Il est aussi nécessaire d'évaluer sa capacité à répondre à la demande, c'est-à-dire de connaître la taille et les caractéristiques de la population à laquelle elle s'adresse. Par exemple, le nombre de consultantes en PF n'est pas suffisant pour connaître le nombre d'utilisatrices ni le nombre d'abandons. Néanmoins, certaines données collectées sur la morbidité et la mortalité pourraient d'ores et déjà être récupérées à des fins statistiques. A court terme, il sera possible d'adjoindre des chiffres sur la population, grâce au répertoire des localités et de faire de ce système un véritable outil de planification.

C. Recommandations

Les recommandations que nous avons formulées ont été regroupées sous quatre rubriques: le recensement, la recherche en vue de l'action, la documentation et l'état civil. Parmi elles, certaines pourraient être soutenues par le projet, les autres devront faire l'objet d'un examen détaillé de la part des

---

[28] P.Fargues et N.Ouaïdou. Douze ans de mortalité urbaine au Sahel; niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1974-1985. Travaux et documents de l'INED n 123, Paris.

147

représentants du gouvernement et des bailleurs de fonds, en vue d'un financement.

C.1 LE RECENSEMENT.

L'analyse thématique du recensement (9 fascicules) doit faire l'objet d'un encadrement soutenu, par des missions de formation-conception. Des séjours de l'ordre de 3 semaines, de spécialistes sur les thèmes retenus seraient appropriés.

Le fichier des localités ne doit pas être abandonné après le départ du coopérant français. Des démarches auprès du FAC doivent être entreprises. Une assistance matérielle pourrait être prise en charge par l'USAID. Le budget prévisionnel qui a été établi, estime à 35 millions CFA le coût de sa finalisation (1ère année) et à 20 millions de CFA, le coût annuel de maintenance.

La diffusion des résultats du recensement ne doit pas se limiter à l'envoi de rapports. Elle doit être adaptée aux besoins des utilisateurs. Pour cela, il est indispensable de:

- prévoir une transmission des principaux tableaux sur support informatique: résultats nationaux et départementaux, répertoire des localités

- informatiser les directions départementales et les former à définir les besoins locaux en matière statistique.

- organiser un service utilisateur afin de sortir des tris à la demande. La mise en place de ce service devrait être portée à la connaissance des utilisateurs potentiels (article dans Population-Info par exemple). La diffusion de cartes scolaire et sanitaire serait un bon support publicitaire.

C.2 LA RECHERCHE-ACTION.

L'UEDD doit avoir les moyens de s'engager sur des travaux d'étude et de recherche. En égard à la charge de travail qui lui incombe et qui n'ira qu'en augmentant les années à venir, il est impératif que ses effectifs soient renforcés, conformément à ce qu'avait prévu le PNADD. De plus, il est nécessaire:

- d'allouer à chacun un minimum de temps à consacrer à la recherche, en planifiant aussi précisément que possible les différentes activités dont il a la charge

- de donner les moyens de formation et d'information: documentation suffisante en quantité et qualité, formation à l'anglais[29] de manière à avoir accès à la littérature anglaise et américaine

[29] Trois personnes ont déjà bénéficié de cette formation: Georges Souleymane, DARI et Julienne Vias Frank.

d'initier une pratique d'enseignement chez les démographes[30] de la DSD, auprès des différents secteurs, en particulier celui de la santé. L'enseignement est encore la meilleure méthode d'auto-formation. De plus, il est utile d'informer le personnel paramédical, responsable de la collecte de l'information sanitaire et démographique (état civil), sur l'utilité des informations qu'il collecte. Sur ce point, on pourrait élaborer un système de formation-recherche sur le thème du traitement de l'information existante:

* Les rapports d'activité et fiches statistiques adressés chaque trimestre[31] au SNIS pourraient servir de premier thème de travail sur la mortalité infantile et maternelle et sur la morbidité. Plus encore, l'utilisation des registres de maternités et centres de santé à des fins statistiques, serait un excellent thème de réflexion.

* Les enquêtes du Ministère de l'Education Nationale pourrait offrir également un bon support à une recherche-action. Ses enquêtes pourraient servir de moyen de collecte d'informations sur la mortalité, en interrogeant les écoliers sur la survie des frères et soeurs, voire de leurs parents, collecte qui, à ma connaissance n'a encore jamais été tentée, sans doute en raison des problèmes de représentativité de l'échantillon qu'elle soulève. Cette dernière remarque souligne l'objectif vers lequel tout centre de recherche doit tendre: concevoir de nouvelles stratégies de collecte et de nouvelles méthodes d'analyse. Pour ce qui est des stratégies de collecte, les démographes devront réfléchir également aux techniques d'enquête adaptées au milieu nomade. Ce travail sera nécessaire pour la réalisation des futures enquêtes, comme pour la mise en place de l'état civil. Des ateliers de travail pourraient être organisés, auxquels prendraient part des membres des directions départementales du Plan, des responsables locaux de l'état civil et de l'éducation nationale.

* La réalisation de monographie de villages, venant compléter l'information de l'EDSN serait une bonne école de formation pour des non démographes ou jeunes démographes, en faisant collaborer des étudiants de l'université de Niamey, voire des chercheurs de IRSH. L'expérience du CERPA [32], en ce domaine serait très utile.

C.3 LA DOCUMENTATION ET LA DIFFUSION.

Un effort tout particulier doit être réalisé pour organiser le centre de documentation. La venue d'un documentaliste est indispensable. L'organisation du CDD passe par l'assistance de personnes extérieures au service et ayant une grande expérience dans le domaine. Une solution originale consisterait à utiliser les connaissances de l'URD de Lomé. Une mission d'étude au Togo, du responsable du CDD, suivie de la venue sur place d'une documentaliste de l'URD pourraient être une bonne solution.

---

[30] Des cours de Démographie, d'économie et de statistique sont dispensés au CFR et à l'ENSP.

[31] Voir modèle en annexe.

[32] Voir note d'information sur le CERPA en annexe.

Quoiqu'il en soit, le CDD peut dès à présent s'informer sur les sources possibles de documentation en se mettant en rapport avec les organismes mentionnés précédemment.

La littérature en anglais ne peut être négligée, ce qui implique de la part d'au moin un membre du centre, l'acquisition des rudiments de l'anglais. Les moyens de formation existent sur place.

La gestion rationnelle du CDD requiert la mise à disposition de deux salles: l'une pour le stockage et la gestion, l'autre pour la lecture.

L'informatisation en cours ne peut continuer dans les conditions actuelles: un ordinateur propre au centre et ayant des performances suffisantes est indispensable. Sont aussi nécessaires, une imprimante et le matériel de protection (stabilisateur et onduleur). Un budget spécifique devrait être alloué pour faire face aux frais de fourniture, d'entretien et de correspondance. En effet, le CDD ne doit pas se limiter à la constitution d'un fonds documentaire. Il doit aussi se faire connaître en diffusant la production de la DSD. Une politique de diffusion doit être élaborée.

La constitution d'un fonds documentaire performant nécessitera sans doute plusieurs années. Dans l'intervalle, les démographes doivent être en mesure de s'informer sur les publications existantes. Le branchement à des réseaux est la meilleure solution: RESADOC, POPIN-AFRICA. Une évaluation des possibilités d'installation d'un tel système devrait être faite.

La DSD possède d'ores et déjà un nombre appréciable de logiciels qui se trouvent soit dans la salle des machines de l'UEDD, soit au BCR[33]. A terme, le personnel risque de ne plus savoir qui possède quoi. Aussi, le CDD devrait, dans un premier temps recenser les logiciels disponibles à la DSD (nature et nombre d'exemplaires, existence ou non du manuel d'utilisation), puis créer une "logithèque" de manière à disposer en permanence d'un exemplaire de secours. Elle devrait en outre se tenir informée de la sortie des nouveaux produits (la littérature spécialisée ne manque pas) et diffuser régulièrement une note interne d'information sur les nouvelles réalisations et les acquisitions du centre.

C.4 L'ETAT CIVIL.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, l'état civil fait figure de parent pauvre. Cela tient avant tout à la somme d'investissement que son organisation requiert et au délai important qui sépare sa mise en place de la production de statistiques. Ce délai peut être partiellement réduit en s'intéressant dès à présent aux zones dans lesquelles la collecte est la meilleure: commune de Niamey et département de Diffa. Pour cela, on pourra s'inspirer des travaux du CERPOD.

Parallèlement, un audit du système en place devrait être effectué par un spécialiste en la matière, lequel pourrait également donner quelques conseils sur les possibilités de prise en charge (par le FAC par exemple).

---

[33] Sont disponibles: Lotus 1.2.3, Word Perfect V.5, Multimate II, Fastwire II, Easy writer, Dbase II, SPSS V 1.1 et 3, Mortal, Mortpack et MCPDA. La DSD ne dispose apparemment pas de logiciel de transfert, ni d'utilitaires (Norton , Pctools), ni d'un intégré calcul-graphique de type Excell, ni de détecteur de virus. Il est souhaitable que ces logiciels soient documentés en français.

Dès que l'exploitation de l'état-civil sera transférée à la DSD, il faudra procéder au traitement des données de 1988, qui par comparaison aux résultats du recensement, fournira des indications précieuses sur le taux de couverture du système. Ce travail devra être achevé avant l'audit et être contrôlé par un expert. Si les tableaux sont disponibles, une mission d'une quinzaine de jours serait suffisante pour expertiser le système.

A supposer que la réorganisation du système soit réalisée, son efficacité dépendra alors de la motivation qu'auront les individus à déclarer les naissances, décès et mariages. Les campagnes de sensibilisation sont certes fort utiles; elles ne sont pas suffisantes. Le problème ne sera pas résolu aussi longtemps que les personnes ne trouveront pas avantage à effectuer cette démarche. Une recherche sur les mesures incitatives à instaurer, tant au niveau des agents d'état civil que des déclarants potentiels devrait être initiée par une équipe pluridisciplinaire comprenant des démographes, juristes, sociologues et personnels de santé.

D. Conclusion: un retour au cadre logique

Aux questions formulées dans le cadre logique, l'évaluation qui a été effectuée peut apporter les réponses suivantes:

QUESTIONS		REPONSES
Analyse des données du Recensement	*	Tabulation fin mars 91
Rédaction de 8 rapports thématiques	*	Rédaction de 9 rapports pour juin; diffusion en août 1991
Analyse de la qualité du recensement	*	Programme de tabulation terminé. Résultats attendus fin du premier trimestre 1991.
Sensibilisation et information	*	Réalisation de colloques et séminaires de sensibilisation et d'information sur l'importance de la variable démographique pour la planification.
	*	Elaboration du projet de déclaration de politique de population.

QUESTIONS		REPONSES
Base de données démographiques destinée:	*	Travaux préparatoires à la préparation du plan 1992-1996 et prévus pour avril; base à l'affectation des ressources réalisées en 1991.
	*	Diffusion de cartes cantonales et des zones pastorales à la Direction des ressources en eau, au Centre de Santé familiale, à l'Institut de recherche de l'Université, à la Direction de l'Urbanisme, au projet Energie II.
	*	Répertoire des localités publié en avril-mai 1990.
	*	Fichier des localités. Conception achevée
	*	Réalisation de l'EDSN en 1991.
Formations diverses	*	Réalisées. Formation pour l'analyse de l'exploitation au 1/10 (une quinzaine de personnes) Formation au logiciel cartographique Atlas (3 personnes)
	*	En cours. 1 Master en informatique: Julienne Vias Frank (financé par le projet) 2 formations en Démographie à Louvain (Belgique) Hamani Harouma Hassane Daouda
	*	Pour 1991 Formation pour l'analyse thématique des données du recensement (une dizaine de personnes).
Organisation de 3 centres	*	Mise en place de documentation l'informatisation du CDD. Un documentaliste est attendu pour 1991. Pas d'autres créations programmées.
Diffusion de l'information	*	Création de la revue Population-Info, en avril 1990
	*	Mission d'étude sur la diffusion prévue pour 1991.

L'objectif principal du projet est de contribuer à atteindre un taux d'accroissement démographique compatible avec les ressources économiques du Niger.

Dans ce but, il prévoit de renforcer la capacité des institutions nigériennes à planifier, assister et suivre les services de PF au niveau national et également, à produire et utiliser les informations démographiques dans le cadre de la planification nationale. Pour atteindre ce dernier but, le Ministère du Plan doit disposer de moyens suffisants pour entreprendre des analyses et mener des recherches.

Pour ce faire, on peut dégager quatre principaux points sur lesquels des progrès doivent être réalisés. Pour certains d'entre eux une programmation budgétaire devra être faite, en collaboration avec les représentants du Gouvernement et des autres donnateurs:

Amélioration des conditions matérielles de travail:

- ré-aménagement des bureaux, en particulier ceux du CDD et du BCR.

- augmentation du parc informatique et organisation de sa maintenance. Le CDD et les DDP sont à pourvoir en priorité

- mise en place d'une politique d'encouragement à la production et étude de solutions susceptibles de freiner la mobilité excessive des cadres, en particulier des informaticiens) ou encore, prévoir leur remplacement. Cette remarque vaut également pour le coopérant technique du FAC.

. Etablir un plan de travail réaliste qui prenne en compte l'ensemble des tâches à accomplir: administration, production, enseignement, recherche et, mettre en place une procédure de suivi et d'encadrement de ces tâches.

- Mettre en place un comité de coordination qui regroupe les représentants du Gouvernement, les bailleurs de fonds et les techniciens - pour fixer l'ordre des priorités. Parmi elles doivent figurer: les analyses du recensement[34], la poursuite du projet de fichier des localités[35] et l'enquête démographique et de Santé.[36]

- Soutenir le Projet INRPD dont l'une des missions serait d'assurer cette coordination

---

[34] D'après le document de projet, l'assistance technique du Bucen doit être de 6 mois pour les analyses thématiques.

[35] Le remplacement du coopérant français, responsable du fichier, n'est pas assuré et aucun budget n'est encore programmé pour poursuivre ce travail.

[36] D'après le document de projet, 12,5 mois d'assistance technique sont prévus.

- Promouvoir la recherche sur l'utilisation des données existantes et inexploitées (registres des maternités, état civil de la commune de Niamey) - et sur l'organisation de nouvelles techniques d'investigation (sur la population nomade, monographies de villages, adjonction d'un volet démographique à des enquêtes périodiques existant déjà...).

- Organiser le suivi des recherches sous la forme d'un encadrement technique régulier. La méthode adoptée au Sénégal et qui consiste en la venue d'un expert pendant 15 jours, tous les deux mois est une formule à envisager.

. Développer les centres de documentation.[37]

- Assistance technique pour organiser le CDD

- Contacts réguliers avec les principaux centres de documentation nationaux, étrangers et internationaux

- Mise à disposition du CDD d'un budget propre lui permettant l'acquisition régulière de documents et d'augmenter le nombre d'abonnements

- Développement de la diffusion des résultats du recensement sur support magnétique; mobiliser les DDP pour cette diffusion.

- Elaboration d'une politique de diffusion

- Tenir informées les DDP sur la documentation disponible

. Poursuivre et intensifier les activités de formation:

- Augmenter le personnel formé en Démographie. Les effectifs sont insuffisants. Il est nécessaire d'élaborer un programme de formation à moyen terme, en concertation avec les autres donnateurs: FNUAP, PNUD, BM, FAC (et USAID).

- Formation aux techniques d'analyse en vue de produire les fascicules relatifs au recensement (déjà prévue).

- Formation régulière aux nouvelles techniques de collecte et d'estimation non seulement dans la perspectives des enquêtes EDSN et END, mais aussi en vue d'exploiter les données sanitaires et de l'état civil et de donner les bases indispensables pour promouvoir la recherche.

---

[37] Le document de projet prévoyait la création de 3 centres de documentation et 4 mois d'assistance technique.

- Formation et sensibilisation des acteurs des différents secteurs (personnel paramédical, agents de l'état civil..) à la composante démographique dans la planification.

- Initiation à l'anglais des démographes et au moins d'un responsable du CDD.

La réalisation de ces objectifs nécessitera une assistance financière non négligeable, qu'aucun bailleur de fonds ne pourra prendre en charge seul. De plus, compte tenu de la diversité des sources de financements, il existe un risque de chevauchement entre assistances. Dans un souci de rentabilisation des investissements, il est impératif que s'instaure une habitude de concertation entre bailleurs de fonds.

ANNEXE BUDGETAIRE DE L'USAID
(sommes prévues, engagées ou dépensées en US $)

1) BUCEN: missions, ateliers et équipement	280000
2) Enquête Démographique et de santé	530000
3) Matériel d'équipement	50000
4) Missions et séjours de formation	130000
Total	990000

150

BIBLIOGRAPHIE

1. MAS/PF, Evaluation de base, Projet Santé Familiale et Démographie, Chapitre IIC, Approvisionnement en produits contraceptifs et logistique, Niamey, Mai 1989.

2. USPHS/CDC, Memorandum, Rapport de Mission au Niger, Décembre 3-9, 1989. Ce memorandum a établi les besoins de commandes de l'USAID de produits contraceptifs en 1990 et 1991 par la préparation des tableaux de produits contraceptifs.

3. MAS/PF/DPF, Document de travail du Bureau de Logistique, Première analyse du système d'information et de distribution des contraceptifs aux niveaux central et régional, Niamey, 22 Avril 1990.

4. USPHS/CDC, Rapport de Mission au Niger (du 5 au 23 Mai 1990), Analyse du système de logistique DPF/USAID par Messieurs J. Friedman et Tim Miner, Atlanta, 1990.

5. MAS/PF/DPF, Rapport de Mission conjointe de la DPF et du MSP (du 19 au 29 Juin 1990) dans les Départements de Dosso et Tillaberi sur le système logistique de la DPF, Niamey, Juin 1990 (Cette mission avait pour but de recenser les différents problèmes logistiques et de mettre en place le nouveau système de ravitaillement en contraceptifs et matériels techniques.)

6. MAS/PF/DPF, Rapport annuel (préparé par l'équipe d'assistance technique), Niamey, Octobre 1990.

7. MAS/PF/DPF (Bureau Logistique), Distribution des contraceptifs, République du Niger, Juillet 1989 - Juin 1990, Dossier d'information, Niamey, Novembre 1990.

8. MAS/PF/DPF, Rapport de Mission du Bureau Logistique dans les départements de Zinder et Tahoua (Mission faite par Mme Kane Fatouma, responsable du Bureau Logistique et Mme Issoufou Lamissi, Technicienne supérieure à la DSMI/MSP, du 23 Juillet au 12 Août 1990), Niamey Août 1990.

9. MAS/PF/DPF, Proposition pour un système de gestion du magasin national de contraceptifs, Niamey, Novembre 1990.

10. MAS/PF/DPF, Amélioration du système de commandes et de distribution des produits contraceptifs - Application de la méthode de Recherche Opérationnelle, Rapport du Dr Tisna Veldhuyzen van Zanten, Niamey, Février 1991.

11. MAS/PF/DPF (Bureau Formation), Rapport de 2 journées de travail sur la logistique, Niamey, les 6 et 7 Mars 1991.

12. MAS/PF/DPF (Bureau Formation), Formation des agents sociaux en IEC/PF, Kollo, du 3 au 21 Décembre 1990.

13. MAS/PF/DPF (Bureau Formation), Evaluation organique du curriculum "Formation des prestataires de services en planification familiale", Diffa du 11 au 31 Juillet 1990 et Niamey, du 20 au 31 Août 1990.

14. MAS/PF/DPF (Bureau Formation), Recensement du personnel formé en planification familiale par département, Rapport de mission du 29 Janvier au 18 Mars 1990.

15. MAS/PF/DPF (Bureau Formation), Formation des prestataires de services en planification familiale, Communauté urbaine de Niamey et Département de Tillabéri, Niamey, du 5 au 19 Octobre 1990.

16. MAS/PF/DPF, Annual report n° 1, October 1989 - September 1990, Niamey, November 7, 1990.

17. MAS/PF/DPF, Rapport de Mission, Voyage d'étude au Burkina Faso du 22 au 26 Octobre 1990.

18. CNSF/FHI/USAID/Niamey, Contraceptive continuation at the Centre National de Santé Familiale, Executive summary, December 1990 (draft).

19. MAS/PF/DPF (Bureau Formation), Intégration de la planification familiale dans les programmes de base, Kollo du 10 au 14 Septembre 1990.

20. MAS/PF/DPF (Bureau IEC), Guide de prescription en planification familiale, Niamey 1990 (ébauche).

21. MAS/PF/DPF, Atelier de programmation des activités nationales de planification familiale pour l'année 1991, Niamey, les 27-28 Novembre 1990.

22. MAS/PF/DPF, Atelier de programmation des activités nationales de planification familiale pour l'année 1991, Niamey, les 27-28 Novembre 1990, Rapport final.

23. MAS/PF/DPF, Plan d'action 1991

24. MAS/PF/DPF, Personnel formé en planification familiale, Niamey, le 6 Mars 1991.

25. MAS/PF/DPF, Rapports trimestriels (1-2-3-4-5) (Ces rapports trimestriels établis trimestriellement relatent les activités accomplies dans le cadre du projet Santé Familiale et Démographie).

26. Ministère du Plan et de la Planification régionale, Bureau Central du Recensement, 2ème Recensement de la population 1988, Résultats provisoires, Niamey, Janvier 1989.

27. Ministère du Plan, Bureau Central du Recensement, Recensement général de la population de 1988, Rapport méthodologique et administratif, Niamey, Mai 1990.

28. Ministère du Plan, Bureau Central du Recensement, Recensement général de la population du RGP88, Tableaux des données brutes échantillon 10%, Niamey, Mai 1990.

29. Ministère du Plan, Bureau Central du Recensement, Recensement Général de la Population 1988, Présentation et évaluation des principaux résultats issus de l'exploitation de 10% des ménages, Résultats préliminaires, Niamey, Novembre 1990.

30. MP/DSI/UEDD, Séminaire sur Population et Développement, Formulation d'un plan d'action, Kollo, du 1er au 5 Juin 1986.

31. Bilan et perspectives de l'enseignement de la Démographie au Niger, Tillabéri du 29 Mau au 1er Juin 1989.

32. CSON/MP/DSD/UEDD, Séminaire sur l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement, Kollo du 4 au 8 Décembre 1989.

33. Comité Technique Interministériel sur la Population (CTIP), Projet de politique de population : diagnostic de la situation socio-démo-économique, Kollo, du 29 Octobre au 4 Novembre 1990.

34. MP/DSD, Note technique sur l'enquête démographique et de santé au Niger, Janvier 1991.

35. Ministère du Développement Social, Direction de la Famille et des droits de la Femme, Université de Paris V, PSFP/USAID, ISTI, Démographie, IEC et Planification Familiale en milieu rural sénégalais. Monographie de villages (Régions de Thiès), Paris, Février 1990.

36. P. Fargues et N. Ouaïdou, Douze ans de mortalité urbaine au Sahel ; niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1974-1985, Travaux et documents de l'INED n° 123.

37. MAS/PF/DPF, Programme d'action 1989-19932