

XD-ABA-805-B
ISA 65773

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

Membres de l'Equipe:

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

Ann Levin, URC

Dr. Yahaya Amadou, DDS Tillaberi

Souley Ilé Moustapha, DFEPS/MPH

Hamidou Doulayi, DPP/MP

Aminatou Moussa, DAEP/MP

86

TABLE DES MATIERES

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

ST

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

.....

TABLEAUX

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

js

RESUME

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

v

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

Ces révisions concernent :

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

ABBREVIATIONS

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

REMERCIEMENTS

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

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

I. INTRODUCTION

A. Historique

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

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

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

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

¹ Accord de Subvention au Développement Sanitaire, Section 2.1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Méthodologie de l'Evaluation

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

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

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

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

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

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

C. Plan du Rapport

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

II. DESCRIPTION DES ACTIVITES ET RESULTATS

A. Les conditions préalables: progrès et problèmes

1. La première tranche

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

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

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

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

2. Les conditions préalables de la deuxième tranche

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

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

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

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

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

1. Recouvrement des coûts

a. Hopitaux

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

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

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

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

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

b. Services de santé (exceptés les hôpitaux)

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

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

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

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

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

2. Mesures de réduction des coûts

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

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

3. Allocation des ressources financières

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

Concernant ce volet, les conditions préalables ont été remplies.

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

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

4. Gestion des ressources

a. Personnel

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

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

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

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

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

5. Planification sanitaire

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

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

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

a. Processus de planification

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

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

b. Système national d'information sanitaire

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

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

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

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

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

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

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

c. Evaluation

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

6. Politiques démographiques et planning familial

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

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

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

a. Planning familial

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

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

b. Politique démographique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Utilisation des fonds de contrepartie

1. Sélection des projets à financer

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

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

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

2. Projets approuvés

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

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

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

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

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

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

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

100

C. Formation

1. Formation à long terme

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

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

2. Formation à court terme

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

3. Séminaires

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

4. Formation en informatique

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

III. ANALYSES

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

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

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

A. Analyse du développement de la capacité institutionnelle

1. Gestion des fonds de contrepartie: Le Secretariat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Organisation et Activités du Ministère de la Santé Publique

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

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

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

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

a. Structure, attributions et activités de la DEP

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

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

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

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

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

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

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

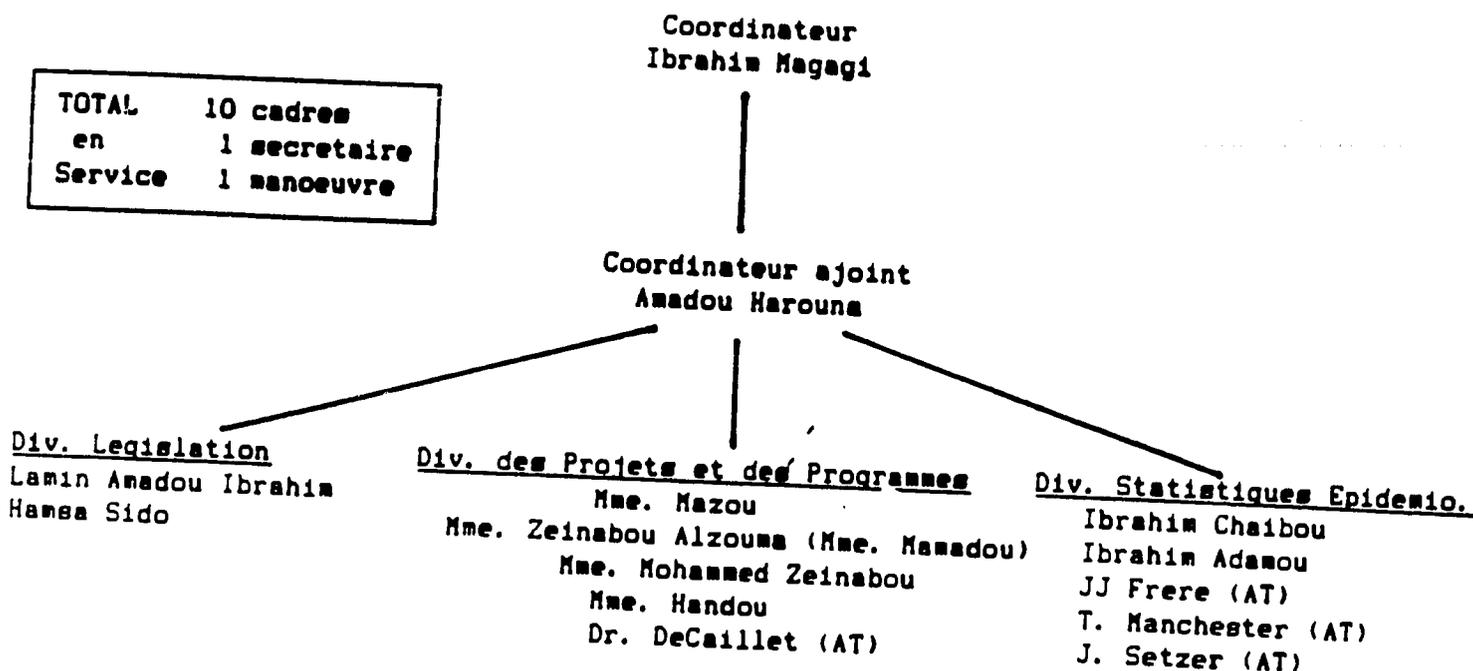
Trois points importants sont à retenir. D'une part, la DEP a la responsabilité de plusieurs activités dont le nombre s'est considérablement accru dans le cadre de la Subvention. Par

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

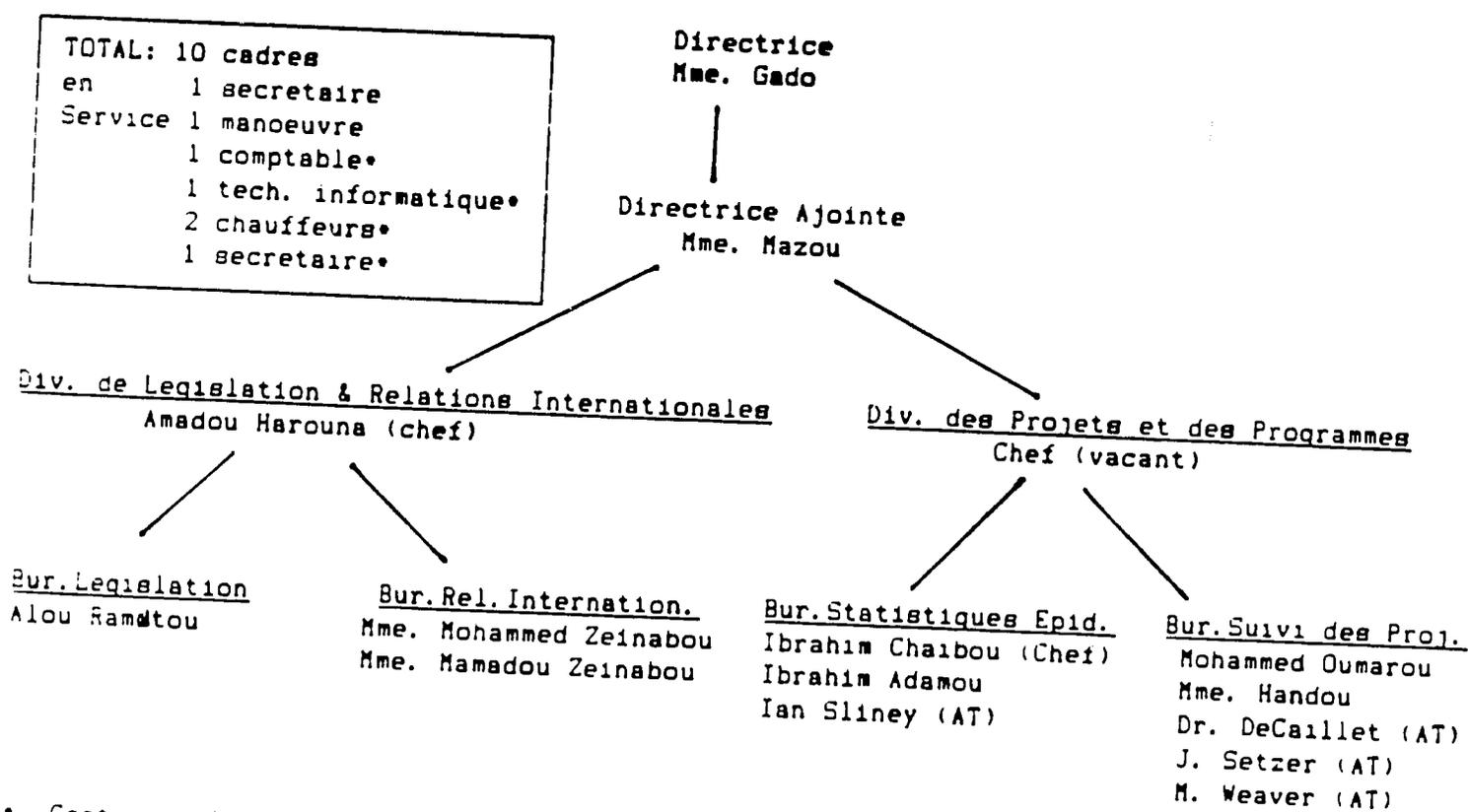
Figure 1

Organigrammes partiels du Ministère de la Santé Publique

a. Cellule de Planification, Fin 1987



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CP

115

tranche.

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

b. Le système national d'information sanitaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Responsabilités et activités du Ministère du Plan:

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

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

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

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

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

B. Analyse des réformes des politiques sanitaires

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

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

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

124

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

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

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

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

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

7/11

125

Tableau 1

Quelques Eléments du contexte politique des reformes politiques sanitaires

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

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

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

C. L'Utilisation des fonds de contrepartie

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

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

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

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

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

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

Tableau 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposition d'une enquête nutritionnelle

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

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

120

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

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

Tableau 3

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

Pourcentage total des fonds alloués: 92,8%*

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 4

POURCENTAGE DES FONDS ALLOUES PAR PROJET

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. L'Assistance Technique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. La Gestion de la SDS par l'USAID

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. A-Propos et Practicabilité des Conditions Préalables:

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

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

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

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

aux déboursements futurs de fonds.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E.1.(3). Nous basant sur ces critères, nous recommandons que les activités de la gestion des ressources humaines concernant la redistribution du personnel sanitaire soient ajournées jusqu'à un programme ultérieur. Nous recommandons également, dans la lumière de la politique de décentralisation du gouvernement, que la priorité

doit être donnée au développement d'une capacité de planification au niveau régional. De même, vu l'importance du problème du personnel dans le Ministère central, il faut ajourner le développement d'un plan de santé national jusqu'à la 5ème tranche des fonds de contrepartie.

E.1.(4). Pour arrêter les activités prioritaires, nous recommandons que les représentants des Ministères de la Santé Publique, du Plan et la USAID se rencontrent pour décider quelles sont les activités ou les conditions préalables qui sont en basse priorité et qui peuvent être ajournées sans compromettre les buts généraux du Programme.

2. Indicateurs de l'impact pour évaluer la réalisation des objectifs:

Dans cette section, nous voulons recommander certains indicateurs pour mesurer la réalisation des objectifs. Les buts et les objectifs du Programme envisagent trois types d'activités: réforme de politique, le renforcement de la capacité institutionnelle, et l'allocation d'une aide budgétaire avec des fonds de contrepartie.

a. Indicateurs de réforme de politique et de renforcement de la capacité institutionnelle:

On peut évaluer la réforme de politique et le renforcement institutionnel par trois séries d'indicateurs: a) jusqu'à quel point la réforme/renforcement institutionnel ont été étudiés ou adoptés (quelles analyses ont été complétées? quelles lois et règles administratives ont été adoptées?); b) Indicateurs du processus de la mise en oeuvre (dans combien de centres de santé est-ce que la réforme a été faite? Quel est le nombre de fonctionnaires qui s'occupent de l'amélioration de la gestion?); et c) Indicateurs des résultats et des effets de la réforme/renforcement institutionnel (Comment est-ce qu'on utilise les données du système d'information de la gestion? Quel est le pourcentage des coûts qui sont recouverts des tarifs hospitaliers? Quel est le pourcentage des personnes utilisant les services après la mise en oeuvre d'un programme de recouvrement des coûts?)

Dans la Tableau 5, nous proposons des indicateurs pour évaluer les réformes de politique et le renforcement institutionnel du Programme. Un grand nombre de ces indicateurs nécessitent la production de données, qui ne peuvent être générées qu'avec le développement d'un système d'information sanitaire fiable. Ainsi, le système d'information devient non pas une fin en soi, mais l'instrument critique pour l'évaluation des programmes, de la gestion, et de la politique.

Afin d'utiliser les indicateurs proposés, des données fiables sont nécessaires. Elles doivent porter sur les hospitalisations et les journées hospitalières, les consultations externes curatives, les nouveaux cas de maladies, l'utilisation de médicaments par les formations sanitaires, l'utilisation des services de prévention par les mères et les enfants, les vaccinations, et les taux d'utilisation doivent être calculés sur la population qui habite à moins de 10 kilomètres des centres de santé.

Les indicateurs proposés sont des mesures directes des effets des réformes de politique (par exemple paiements perçus par visite, réduction des coûts de médicaments par nouveau cas de maladie).

Recommandation E.2.a.(1). Dans le cas de chaque réforme de politique et activité de renforcement institutionnel dans le cadre de l'Accord de Subvention, nous proposons des indicateurs qui permettent d'évaluer le progrès vers les objectifs et leur impact. Ces indicateurs sont présentés dans le Tableau 5.

b. Indicateurs pour l'évaluation de l'impact des fonds de contrepartie:

Le but des fonds de contrepartie est d'apporter un support budgétaire au Gouvernement du Niger en vue des objectifs de l'Accord. Ainsi la meilleure façon d'évaluer les sous-projets est le point jusqu'auquel ils se conforment aux priorités exposées dans l'Accord et dans PIL no. 7. Dans la partie précédente III C sur l'utilisation des fonds de contrepartie, nous avons montré que jusqu'à aujourd'hui, ces fonds avaient été alloués aux projets à haute priorité. Plus d'un quart des ces fonds appuient également les stratégies de la survie des enfants.

Puisque les accords de subvention des sous-projets sont mis en place pour compléter les activités en train, l'utilisation des fonds de contrepartie ne peuvent avoir d'effet indépendamment des autres investissements du gouvernement dans ces mêmes domaines. Ainsi, il serait fallacieux d'utiliser des indicateurs de l'impact pour évaluer l'utilisation des fonds de contrepartie (par exemple, réduction de cas de rougeole pour évaluer l'efficacité des programmes de vaccination), puisque la contribution des fonds de contrepartie n'est qu'une petite part de l'effort. Dans leur intention, les sous-projets des fonds de contrepartie sont complémentaires aux autres activités du gouvernement and représentent seulement une petite partie des efforts, dans n'importe quel domaine d'activités.

Une partie importante des fonds de contrepartie vont pour des activités de renforcement institutionnel (par exemple, la supervision, le développement d'un système d'information). La meilleure manière de mesurer l'impact des fonds de contrepartie dans ces domaines est par des indicateurs opérationnels (par exemple, nombre de visites de supervision par an; nombre des centres qui participent dans le système d'information de façon régulière). Dans la Tableau 5, nous faisons la liste de ces indicateurs par domaine.

Recommandation E.2.b.(1). Nous recommandons que l'utilisation des fonds de contrepartie soit évaluée selon son conformisme aux quatre activités en priorité de l'Accord. De plus, il est important qu'un minimum d'un quart de ces fonds soit alloué aux activités pour la survie des enfants (définies étroitement).

Nous recommandons que l'effet des sous projets des fonds de contrepartie, qui visent à développer la capacité de la gestion, soit évalué par des indicateurs opérationnels (nombre de visites de supervision; centres participant au système d'information).

Nous ne recommandons pas l'utilisation de simples indicateurs de l'impact pour évaluer l'utilisation des fonds de contrepartie. Ces indicateurs servent davantage à l'évaluation du Programme en tout.

3. Impact des réformes de politique du Programme jusqu'à aujourd'hui

Il est encore trop tôt dans l'histoire du Programme pour évaluer l'impact des réformes de politique. La seule réforme complètement mise en place est la loi permettant l'utilisation des contraceptifs. Aucun impact sérieux sur l'espacement des naissances ou le taux de natalité ne peut avoir lieu jusqu'à ce que les services du planning familial soient accessibles au large. A la fin du Programme, l'on pourrait s'attendre à un changement d'attitude envers le planning familial. La meilleure manière de surveiller ce changement serait par des enquêtes sur l'état du Savoir, des Attitudes et des Pratiques.

Tableau 5

Indicateurs pour Evaluer les Activités de la Subvention au Développement Sanitaire

Réformes Politiques/
Capacité
Institutionnelle

A. Etudes/
Textes Administratifs
et Juridiques

B. Processus de
Mise en Oeuvre

C. Résultats/
Effets/
Impact

1. Recouvrement des coûts

OBJECTIF: Augmenter les mesures de recouvrement des coûts des services curatifs, afin d'améliorer le caractère soutenable des services de santé publique

a. Hôpitaux

1. Nouveaux tarifs
proposés

2. Etude sur la
Révision des tarifs

1. Application de
nouv. tarifs dans
tous les hôpitaux
dans un délai de
moins d'un an après
adoption de
nouv. tarifs

2. Tous les hôpitaux
font la collecte de
tarifs comme prévu

1. Augmentation de
pourcentage de coûts
recouverts:
- par journée
hospitalière
- par consultation
externe
- par service hosp.

2. Comparaison entre
les coûts recouverts
dans les centres où
le personnel perçoit
ou ne perçoit pas
des bénéfices des
recettes

3. Pour évaluer
effet négatif
potentiel à mesurer
diminution de:
- hospitalisations
- consultations
externes

b. Services
non-hospitaliers

1. Etudes pilotes
terminées sur toutes
les options

2. Plan d'action pour
la mise en oeuvre

3. Loi/règlements
nécessaires adoptés

1. Augmentation de
pourcentage de
centres de santé qui
recouvrent les coûts

2. Augmentation de
pourcentage de
population qui
habite dans un rayon
de 10 km autour d'un
centre de santé qui
recouvrent les coûts

1. Etudes Pilotes:
a. Taux d'utilisation
des centres de santé
b. Recettes rec. par
rapport au coûts
2. Mise en oeuvre:
a. % augmentation
annuel coûts rec.
b. % aug. coûts
recouverts/nouv. cas
de maladie
c. Comparaison de
util. dans centres
avec et sans rec. de
coûts (pas de
diminution)

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

2. Mesures de Réduction des coûts

OBJECTIF: Retenir les prix unitaires au niveau des services hospitaliers et des systèmes d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, afin d'assurer une meilleure utilisation des ressources financières disponibles.

a. Achat de Médicaments	1. Liste de médicaments essentiels adoptés 2. Prix de méd. ess. réduites 3. Etude de méthode de l'achat de médicaments	1. Médicaments ess. disponibles à tous les centres de santé 2. Mise en oeuvre d'une méthode d'achat avec baisse de prix.	1. a. Dimin. de coûts de méd./nouv. cas (p.e. chloroquine/ nouv.cas de paludisme b. Dimin. coût/médicament c. Dimin. coûts totaux/nouv.cas
b. Hôpitaux	1. Etude complétée sur la gestion dans les hôpitaux nationaux	1. Nouv. gestion pour améliorer efficacité des services 2. Système de comptabilité en fonction aux hôpitaux pour fournir données pour évaluer l'impact	1. Dimin.coût/par soin aux services visés pour la gestion améliorée. 2. Dimin.coût total par serv.totaux: a. Hospitalisations: Coût tot/j.hosp. Coût tot/entrants b. Cons. externes: coût/nouv.cas

Tableau 3 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

3. Allocation des Ressources Budgétaires

OBJECTIF: Réaffecter dans un moyen terme les ressources financières du MSP pour permettre d'augmenter les services primaires et secondaires et consacrer un budget proportionnellement plus important aux biens de consommation.

1. Analyses de l'allocation des budgets 1986-90 par classifications majeures
2. Accord sur les pourcentages visés pour l'allocation des des ressources hospitaliers et en personnel

1. Révision du processus budgétaire

1. Dépenses hosp. pas plus de 45% budget national (exclu dépenses admin. centrale)
2. Aug. ressources nat./capita allouées aux régions rurales par rapport aux régions urbaines
3. Aug. d'utilisation centres de santé ruraux par rapport aux centres urbains:
-Nouv. cas/capita
-Vis. totales/capita

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
--	--	-----------------------------------	------------------------------------

4. Gestion des Ressources

OBJECTIF: Améliorer la gestion des ressources humaines et matérielles existantes, renforcer la capacité du personnel d'élaborer, mettre en oeuvre et superviser les programmes concernant la prévention et la promotion de la santé, notamment la protection de la mère et de l'enfant.

a. Réallocation du personnel	(Recommandation de remettre cette activité)		
b. Recyclage annuel des agents de santé	Plan de recyclage préparé	Plan de recyclage mis en oeuvre à minimum 50%	<p>1. Agents recyclés pour améliorer leur capacité en diagnostique et gestion et améliorer fiabilité des données collectées du SNIS</p> <p>2. Agents recyclés à min. 1 stratégie survie de l'enfant (TRO, vaccinations, etc.)</p>
c. Supervision des équipes de santé villageoise	Plan d'action préparé pour une supervision modifié		1. Tournée de supervision à chaque ESV minimum 3x par an
d. Disponibilité des médicaments			<p>1. Aug. % population qui habite moins de 10 km d'un centre de santé ou dépôt pharmaceutique</p> <p>2. Diminution de centres de santé avec rupture de stock de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -choloroquine -antibiotiques -sels de réhydrat.

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
5. Renforcement de la capacité institutionnelle			
OBJECTIF: Améliorer la capacité institutionnelle dans le cadre de la planification, gestion et supervision des programmes et services sanitaires.			
a. Planification décentralisée		1. Evaluation annuel de besoins en ressources, santé personnel dans chaque région en utilisant données du SNIS	1. Plan sanitaire de chaque région (années 1991, 1992, 1993)
b. Planification nationale		1. Evaluation de besoins en ressources, santé personnel en utilisant annuaire statistique	1. Plan national développé pour 1993 en utilisant données des annuaires
c. Système d'Information Sanitaire	Etude préparée sur la restructuration et besoins en personnel des services statistiques centraux et régionaux	1. Réorganisation des services stat.	1. Annuaires (1990 & 1991) utilisant les données recueillies par SNIS des centres de santé:
1. Gestion centrale		2. 100% personnel identifié par étude comme nécessaire affecté aux services centraux et régionaux	- utilisation des services, nouv. cas, visites totales; - vaccinations
2. Gestion régionale		3. En 1991, 100% centres de santé participent aux SNIS	- pathologies - services prévent. - hospitalisations - Ressources:
3. Collecte de données		4. 75% rapports attendus des centres arrivent au MSP	personnel équipement batiments - impact de
4. Analyses de données		5. Données des rapports saisies, informatisées maximum 30 j. après arrivée au MSP	stratégies de survie de l'enfant: a. Mal. diarr. b. Mort. maternelle c. Couv. vaccinale d. Dim. mal. PEV
			6. Maintenance des bases de données

Tableau 5 (suite)

Réformes Politiques/ Capacité Institutionnelle	A. Etudes/ Textes Administratifs et Juridiques	B. Processus de Mise en Oeuvre	C. Résultats/ Effets/ Impact
5. Renforcement de la Capacité Institutionnelle (suite)			
d. développement de la capacité de gestion du MSP et d'évaluation des réformes politiques	1. Etude de l'organisation, attributions, et personnel nécessaire à la DEP 2. Reconnaissance officielle des attributions de la DEP	1. 100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire affecté à la DEP	1. Réformes politiques; rec. de coûts; réduction de coûts; réallocation budgétaire mises en oeuvre 2. Evaluation et surveillance de l'impact des réformes en utilisant indicateurs de ce tableau
6. Planning Familial et Politique Démographique			
OBJECTIF: Promouvoir le développement des politiques nationales en matière de démographie et améliorer l'accès aux services de planning familial.			
1. Planning Familial	1. Loi autorisant l'usage des méthodes modernes de contraception	1. Augmentation du nombre de centres de santé avec des services de planning familial 2. Augmentation proportion de population qui habite à moins de 10 km des services de PF	1. Augmentation d'utilisation: -Femmes inscrites aux centres PF/femmes en age de procréer qui habite moins de 10 km des centres PF 2. Diminution: -Taux de fertilité totale -Nombre total d'enfants désiré par les femmes en age de procréer (des enquêtes "KAP")
2. Politique Démographique	1. Accord sur une politique démographique	(Mise en oeuvre and indicateurs d'impact dépend du contenu de la politique adoptée)	

IV. RECOMMANDATIONS

Si l'on prend en considération les accomplissements et l'activité vigoureuse et continue de l'Accord de Subvention, nous recommandons que des révisions à mi-parcours soient instituées pour permettre l'exécution des buts principaux du programme, l'institutionnalisation de ses activités, et en même temps de ne pas accabler les ressources humaines disponibles. Ces recommandations sont faites, en gardant à l'esprit l'importance de faciliter le développement institutionnel qui permettra au gouvernement du Niger de continuer les activités du programme, une fois que la Subvention aura pris fin.

Dans ce chapitre, nous reprenons les recommandations dont les raisons avaient déjà été exposées dans le chapitre III, et nous les arrangeons cette fois-ci selon les sujets suivants:

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

A côté de chaque recommandation se trouve le chiffre de la section du chapitre III où se trouve l'explication de sa raison d'être. Ainsi, ce chapitre présente les recommandations toutes seules. Le contexte général est présenté dans la section désignée.

1. Redéfinition des priorités

Le but de la redéfinition des priorités est de permettre au gouvernement du Niger de continuer ses progrès vers les buts du programme tout en continuant à construire ses capacités de gestion pour le permettre de continuer ces activités lorsque l'assistance technique prend fin.

E.1.(1). Nous recommandons qu'on donne la priorité aux activités de base, telles que la réorganisation et la fourniture en personnel de la DEP, le développement et la fourniture en personnel des services de statistiques régionaux et centraux et la restructuration du Secrétariat, et que ces activités soient ajoutées comme conditions aux déboursements futurs de fonds.

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

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

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

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

E.1.(3). Nous basant sur ces critères, nous recommandons que les activités de la gestion des ressources humaines concernant la redistribution du personnel sanitaire soient ajournées jusqu'à un programme ultérieur. Nous recommandons également, dans la lumière de la politique de décentralisation du gouvernement, que la priorité doit être donnée au développement d'une capacité de planification au niveau régional. De même, vu l'importance du problème du personnel dans le Ministère central, il faut ajourner le développement d'un plan de santé national jusqu'à la 5ème tranche des fonds de contrepartie.

E.1.(4). Pour arrêter les activités prioritaires, nous recommandons que les représentants des Ministères de la Santé Publique, du Plan et la USAID se rencontrent pour décider quelles sont les activités ou les conditions préalables qui sont en basse priorité et qui peuvent être ajournées sans compromettre les buts généraux du Programme.

pas comme CP

*Reunion du
Haut Comité
à examiner
les priorités
Allocation*

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

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

2. Activités ou Actions devant être entreprises immédiatement, c'est-à-dire avant la signature d'un accord de continuation d'assistance technique à long terme. Ces actions qui portent surtout sur l'amélioration de la gestion du programme sont de nature urgente parce que le bon fonctionnement du programme dépend de sa bonne gestion.

a. Secrétariat:

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

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

b. Les tâches et responsabilités des structures ainsi modifiées à la fois dans le Ministère du Plan et dans le Ministère de la Santé

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

154

Publique doivent être clairement énoncées dans les règles administratives.

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

d. Le groupe de travail doit commencer cette tâche immédiatement.

b. DEP, Ministère de la Santé Publique

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

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

D.1.a.(1). et D.1.b.(1). Le Ministère de la Santé Publique doit affecter un homologue nigérien à chaque assistant technique à court terme et à long terme dès son arrivée à Niamey.

c. Système National d'Information Sanitaire

A.2.b.(3). Le Ministère et les DDS doivent, avant la fin d'Octobre 1989, soumettre un plan pour la formation du personnel de santé, ce qui assurera que le

nouveau système d'information sera utilisé à travers le pays vers la mi-1990.

d. La Gestion du Programme

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

E.1.(4). Pour arrêter les activités prioritaires, nous recommandons que les représentants des Ministères de la Santé Publique, du Plan et la USAID se rencontrent pour décider quelles sont les activités ou les conditions préalables qui sont en basse priorité et qui peuvent être ajournées sans compromettre les buts généraux du Programme.

3. Modifications des Conditions Préalables

Nous recommandons que les activités de renforcement institutionnel fassent partie des conditions préalables afin de mettre l'accent sur leur importance dans le développement d'une base pour l'élaboration et la gestion des réformes de politique. De plus, nous recommandons un changement capital dans les conditions préalables: remettre les conditions concernant la redistribution du personnel de santé à un programme ultérieure. De même, nous recommandons que le développement d'un plan de santé national soit ajourné jusqu'à la cinquième tranche.

a. Nous recommandons que les points suivants soient ajoutés aux conditions nécessaires à la deuxième tranche des fonds de contrepartie:

Secretariat et fonds de contrepartie:

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

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

C.(4). Un séminaire doit se tenir pour informer les promoteurs de projets potentiels des

procédures de demande et des critères de sélection pour les fonds de contrepartie.

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

La DEP:

A.2.a.(3). Le plan pour la restructuration de la DEP est déjà en cours.

A.2.a.(2). Le Ministère de la Santé Publique a officiellement reconnu les attributions de la DEP.

Système National d'Information Sanitaire

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

A.2.b.(2). Cette étude doit fournir des recommandations pour la restructuration des services statistiques et pour une mise en oeuvre progressive du plan pour l'augmentation du personnel. Il est important de commencer la mise en oeuvre de ce plan avant Mars 1990.

b. Conditions à ajouter à la 3ème tranche:

Secretariat et fonds de contrepartie

A.1.(1).d. La restructuration du Secretariat est exécutée et l'allocation, distribution, et

surveillance des fonds de contrepartie procédent sans à coups.

La DEP:

Réorganisation de la DEP complétée; 100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire est affecté à la DEP.

Système National d'Information Sanitaire:

Réorganisation des services statistiques au niveau central du Ministère de la Santé Publique complétée; 100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire est affecté au services statistiques au niveau central; Nouveau SNIS utilisé à travers le pays avant mi-1990.

c. Conditions à ajouter à la 4ème tranche:

Système National d'Information Sanitaire:

100% du personnel identifié par l'étude comme nécessaire aux services statistiques régionaux est affecté; publication d'un annuaire de statistiques sanitaires (en 1991 en utilisant les données de 1990).

d. Conditions à ajouter à la 5ème tranche:

Planification Sanitaire

Plan National de Santé développé en utilisant les analyses de l'annuaire de statistiques.

4. Responsabilités du Gouvernement du Niger, de l'USAID, et de l'équipe d'assistance technique

a. Gouvernement du Niger

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

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

B. (1). Nous recommandons qu'un haut comité des responsables du Gouvernement du Niger et de l'USAID se rencontrent deux fois par an pour évaluer les progrès en réformes politiques, pour discuter des stratégies appropriées et pour reporter, chaque année, son évaluation sur le processus de la politique. Ce comité, composé de représentants de plusieurs Ministères, surveillera les analyses et étudiera les progrès faits dans la réforme. Il servira également de forum pour élargir le débat sur des politiques choisies. Ce comité veillera à ce que les rapports d'évaluation semi-annuels et annuels prévus par cet Accord soient préparés et disséminés.

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

b. USAID

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

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

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

c. L'Assistance Technique

A long terme:

D.1.a. (2). L'Equipe d'assistance technique doit être encouragée à développer des plans et stratégies capables de faciliter le développement institutionnel du Ministère et ses capacités de développer les politiques sanitaires. On devrait la dissuader d'entreprendre des activités qui ne bénéficient pas d'une participation nigérienne

considérable, même si le résultat est le non-accomplissement de certains objectifs.

D.1.a.(3). Les études complètes exigées sous le contrat avec Tulane doivent être réduites au bénéfice d'une série de rapports individuels sur les processus de décisions pour chaque politique sanitaire visée par la SDS. Ces rapports comporteraient des applications directes et pratiques puisque, comme expliqué sous la rubrique III B, chaque politique se situe dans un environnement particulier. Nous recommandons, par exemple, que le premier rapport soit une analyse de l'environnement de la politique de recouvrement des coûts non-hospitaliers. Cette analyse devrait inclure toutes les questions auxquelles on doit répondre dans le processus de l'élaboration de la politique (entre autres, quels organismes ou institutions bénéficient des taxes ou tarifs perçus? qui sont les décideurs pertinents? et qui sont les groupes et individus intéressés?). Cette analyse devrait recommander au Ministère des stratégies pour faire participer les responsables pertinents au processus de décision, ainsi que les groupes intéressés, comme le personnel des services de santé. Finalement, ce rapport devrait aider le Ministère à préparer des stratégies pour encourager l'acceptation populaire de la politique de recouvrement des coûts.

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

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

- 1) Chef d'équipe/spécialiste en gestion et analyses politiques pour aider le Ministère à élaborer les politiques sanitaires et à faire les études, prévues dans la Subvention.

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

relatives à la gestion et la planification. Cet assistant technique senior devra avoir une expérience en analyses et mise en oeuvre de politique; il aurait déjà accompli des travaux dans le développement institutionnel et politique. Parmi ses reponsabilités seraient la préparation de rapports sur le processus de développement des politiques sanitaires et les stratégies des réformes, ainsi que la supervision de l'analyse de l'organisation, des attributions et des besoins en personnel de la DEF, et la participation à la restructuration des services statistiques.

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

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

A court-terme:

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

5. Les indicateurs de l'impact du Programme

E.2.a.(1). Dans le cas de chaque réforme de politique et activité de renforcement institutionnel dans le

cadre de l'Accord de Subvention, nous proposons des indicateurs qui permettent d'évaluer le progrès vers les objectifs et leur impact. Ces indicateurs sont présentés dans le Tableau 5.

E.2.b.(1). Nous recommandons que l'utilisation des fonds de contrepartie soit évaluée selon son conformisme aux quatre activités en priorité de l'Accord. De plus, il est important qu'un minimum d'un quart de ces fonds soit alloué aux activités pour la survie des enfants (définies étroitement).

Nous recommandons que l'effet des sous projets des fonds de contrepartie, qui visent à développer la capacité de la gestion, soit évalué par des indicateurs opérationnels (nombre de visites de supervision; centres participant au système d'information).

Nous ne recommandons pas l'utilisation de simples indicateurs de l'impact pour évaluer l'utilisation des fonds de contrepartie. Ces indicateurs servent davantage à l'évaluation du Programme en tout.

ANNEXE 1
PLAN DU TRAVAIL
DE L'EQUIPE D'EVALUATION A MOYEN TERME:
LA SUBVENTION AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

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

7 aout 1989

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

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

I. Questions à Poser

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

L'Impact de la SDS sur la Politique Sanitaire

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

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

- Recouvrement des coûts à l'hôpital de Niamey
- Recouvrement des coûts dans les autres centres de santé
- Mise en place d'un système de comptabilité à l'hôpital de Niamey

164

- Mise en place d'une liste de médicaments essentiels, et réduction des prix
- Changements dans l'affectation des ressources au budget national pour diminuer les pourcentages alloués au personnel et aux services hospitaliers pour favoriser les soins de santé primaires et les zones rurales.
- Amélioration de la gestion des ressources en personnel pour favoriser les zones rurales; mise en place d'un plan de formation et recyclage du personnel;
- Mise en place et utilisation par les décideurs d'un système national d'information sanitaire; élaboration des procédures pour le développement d'un plan de santé à partir d'une politique décentralisée;
- Politique nationale démographique et extension des services de planning familial.

La Mise en oeuvre des réformes de politiques sanitaires

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

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

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

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

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

L'Administration et la gestion de la SDS

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

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

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

Est-ce que ces organismes coordonnent bien leur travail? Est-ce qu'on a établi des procédures claires pour permettre le bon déroulement du travail de ces organismes dans le cadre de la SDS? pour superviser les projets et l'utilisation des fonds déboursés?

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

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

II. LES METHODES

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

A. Interviews:

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

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

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

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

Ministère de la Santé Publique

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

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

DEP: **Personnes:** Directrice, Directrice adjointe, Statisticiens, planificateurs, homologues aux assistants techniques, épidémiologistes;

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

Conseillers techniques: Tulane-Abt (3)

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

DES, DSMI, DAAF, DIS, DFEPS, PEV, Maladies Diarrhéiques, Paludisme

Personnes: Directeurs

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

L'Hôpital de Niamey:

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

167

Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Feminine

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

Ministère du Plan

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

Bailleurs de Fonds

Sujets

FNUAP	Politique de Démographie
UNICEF	Programme PEV, relations USAID
FED	Etude Rec. des coûts; eval SDS
FAC	Rapports avec la DEP
RESSFOP	Etude Rec. des coûts; eval SDS
MSF	PEV, SNIS, travail de la DEP
OMS	Initiative de Bamako,
Banque Mondiale	Recouvrement de coûts, études
Africare	Fonds de contrepartie
CARE	"
Helen Keller Foundation	"

B. Visites sur le Terrain

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

- 1-Le système de recouvrement de coûts dans les hôpitaux nationaux et leur système de comptabilité et les attitudes des responsables vis-à-vis de ce système.
- 2-Le système d'information sanitaire existant et les attitudes des responsables face au nouveau système;
- 3-L'observation du stock de médicaments aux dispensaires et aux CHD;
- 4-L'observation d'un système de recouvrement de coûts qui est déjà sur place depuis quelque temps.

Le choix de sites à visiter reste à discuter.

C. Documents à consulter

Voir la liste de documents en Annexe C.

III. CALENDRIER

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

IV. PROBLEMES POTENTIELS

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

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

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

ANNEXE 2

Personnes Interviewées

USAID

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

Ministère de la Santé Publique

Medecin Lt. Colonel Ousmane Gazéré, Ministre (28 juillet)
Dr. Moha Abdou, Secrétaire General (2 août)

Direction des Etudes et de la Programmation

Mme Gado Hadiza, Directrice (9 août)
Mme Mazou Rabi, Directrice Adjointe (7 août)
Ibrahim Chaibou, Chef de Bureau des Statistiques et
Epidémiologie (2 août)
Amadou Harouna (7 août)

Equipe de Tulane-Abt

Jim Setzer, Chef d'équipe (1 août)
Ian Sliney, Epidémiologiste/Informaticien (1 août)
Dr. Marcia Weaver, Economiste de Santé (5 août)
Dr. Nancy Mock, Gestionnaire Principal (9 août)
Dr. Marty Makinen, Gestionnaire Economique (21 août)

Hôpital Niamey

Dr. Amadou Sekou Sako, Directeur Hôpital de Niamey
(2 août)
Bachabi Youssouf, Gestionnaire Hôpital de Niamey
(2 août)
Sani Amadou, Surveillant General Hôpital de Niamey (2 août)

Directions et Programmes

Atari Moussa, Chef Division ESV/DES (2 août)
Mme. Abdoulaye Marie Tinni, Directrice DAAF (8 août)
Dr. Idi Moussa Djataou, Directeur PEV (9 août)
Issa Baguirbi, Directeur Programme Lutte contre les maladies
diarrhéiques (9 août)