



**REPUBLIQUE DU NIGER
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
 SECRETARIAT GENERAL
 DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
 PROGRAMMATION**



Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé
 PARSS
 (NER 12 033 01)

Mesdames et Messieurs les membres permanents de la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) du PARSS

N° 017 /PARSS/2015

Niamey, le 12 FEV 2015

Objet : Rapport Résultats 2014 du PARSS


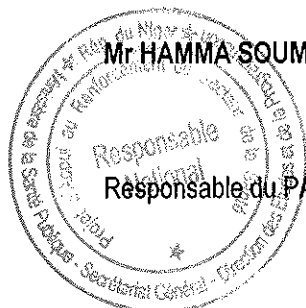
Mesdames et Messieurs les membres de la SMCL,

Par la présente, la direction du PARSS demande aux membres de la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) par lettre tournante de bien vouloir approuver le Rapport Résultats de l'année 2014, ainsi qu'un accord de principe de permettre au PARSS d'utiliser les accords-cadres conclus par la Représentation de la CTB au Niger.

Comme le détaille la note explicative en annexe, le recours aux accords-cadres conclus par la Représentation de la CTB au Niger présente des avantages certains pour le PARSS, notamment, la possibilité d'avoir des prix plus intéressants et le raccourcissement du délai de la procédure de passation des commandes. Il est donc demandé aux membres de la SMCL d'étendre le bénéfice de ces accords-cadres également aux lignes budgétaires en cogestion.

En espérant obtenir une suite favorable à notre demande, nous vous prions d'agréer, Mesdames et Messieurs les membres de la SMCL, l'assurance de notre franche collaboration.

Mr HAMMA SOUMANA,
 Responsable National
 Responsable du PARSS

CTB - NIGER
 AGENCE NIGER
 DE DEVELOPPEMENT

N°:

Courrier Arrivée

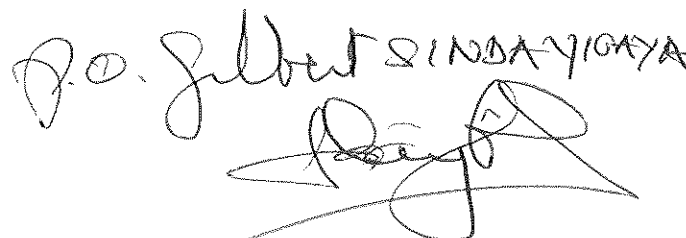
DATE:

INFO	
RR	
GRR	
CPA	
CPB	
RAF	
COMPT	
CBM	
AAF	
CMP	

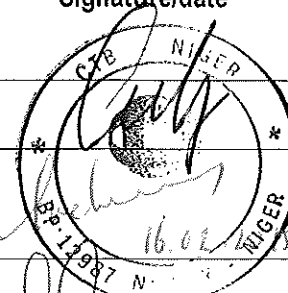

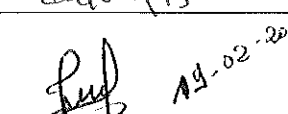
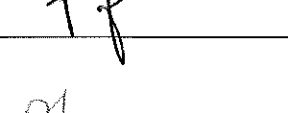
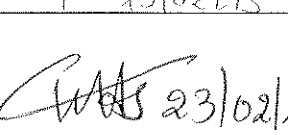
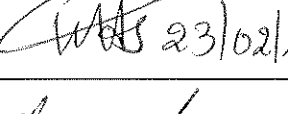

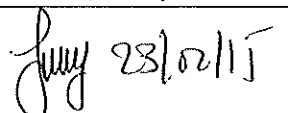
JALEL KEDIMI

Co-responsable du PARSS

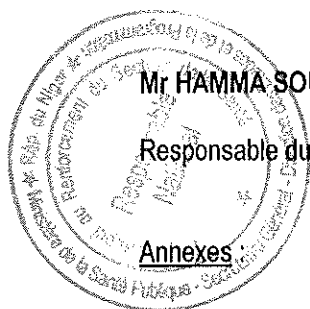
P.O. Gilbert SINDAYIGAYA
RAF NP1



Décision de la Structure Mixte de Concertation Locale pour la validation du Rapport Résultats 2014 et accord de principe pour l'utilisation par les projets de la CTB dans le secteur de la Santé des accords-cadres conclus par la Représentation de la CTB au Niger

Désignation des membres de la SMCL	Décision Rapport Résultats 2014 (Oui ou Non)	Décision de principe sur l'utilisation des accords-cadres (Oui ou Non)	Signature/date
Secrétaire Général du Ministère de la Santé, Président	Oui	Oui	 16.02.15
Représentant Résident de la CTB, membre	Oui	Oui	 16.02.15
Représentant du cabinet du Premier Ministre, membre	Oui	Oui	 16.02.15
Représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération, membre	Oui	Oui	 16.02.15
Représentant du Ministère des Finances, membre	Oui	Oui	 16.02.15
Représentant du Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire, membre	Oui	Oui	 16.02.15
Représentant de la Direction des Etudes et de la Programmation, membre	Oui	Oui	 16.02.15
Directeur Général de la Santé Publique, membre	Oui	Oui	 16.02.15

Conclusion/décision à appliquer (actée par le secrétariat de la SMCL) :



Mr HAMMA SOUMANA,

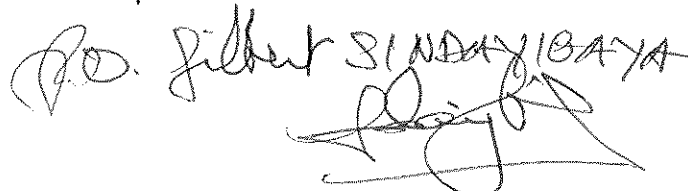
Responsable du PARSS

Annexes :

- 1) Rapport Résultats 2014
- 2) Justification de la demande d'un accord de principe permettant au PARSS de recourir aux contrats-cadres conclus par la Représentation.

JALEL KEDIMI

Co-responsable du PARSS



Conclusion d'Accords-Cadres en régie pour les achats courants de services et de fournitures à destination des projets et de la Représentation

La Représentation de la CTB au Niger prépare le lancement de plusieurs Accords-Cadres pour les achats courants de services et de fournitures à destination des projets et de la Représentation, à savoir :

- Réparation et entretien autos/motos (+ Pneumatiques et Pièces auto/motos) ;
- Fournitures et consommables informatique ;
- Fournitures de bureau ;
- Maintenance informatique ;
- Juriste local ;
- Transitaire (dédouanement) ;
- Cabinet de recrutement.

La Représentation ne pouvant pas conclure de marchés publics en « cogestion », ces Accords-Cadres seront conclus en « Régie », c'est-à-dire dans le respect de la réglementation belge des marchés publics.

L'utilisation de ces Accords-Cadres par l'ensemble des structures CTB¹ au Niger aura comme avantage :

- **la rationalisation et globalisation des dépenses**, conformément aux principes de bonne administration :
 - économies d'échelle et ;
 - immédiateté des commandes
- **le traitement homogène des achats identiques** :
 - règles identiques pour tous les projets ;
 - développement de bonnes pratiques (communes) ;
 - gestion identique des difficultés d'exécution et;
 - meilleure anticipation par les fournisseurs de ce qui est attendu de la part des projets la CTB.
- **une meilleure vision globale des achats**
 - meilleure transparence vis-à-vis de la Cour des comptes et ;
 - meilleure planification/programmation budgétaire.
- **Mais surtout beaucoup moins de gestion administrative** pour les projets, s'agissant de ces achats récurrents.

¹Il est à noter que les projets pourront toutefois toujours, faire appel aux fournisseurs et prestataires de services de leur choix (hors accord-cadre) s'ils le désirent, en respectant les procédures d'approvisionnement.

Montants des accords-cadres

Bien que les dépenses effectuées par chacun des projets pour les divers services et fournitures concernés par les accords-cadres ne soient individuellement pas très importantes, les dépenses totales pour ces services et fournitures pour l'ensemble des projets et de la Représentation sur 4 ans représentent des montants substantiels.

A titre d'exemple, alors que les montants des dépenses annuelles pour les services d'entretien/réparation de véhicules varient selon les projets entre 1.000€ et 6.000€, le montant total estimé de ces dépenses pour 4 ans, pour l'ensemble des Projets de la CTB et de la Représentation, s'élève à 140.000 €.

Ces montants totaux justifient donc amplement la conclusion d'accords-cadres.

Proposition

Il est dès lors proposé à la SMCL un accord de principe sur l'utilisation par les projets de la CTB dans le secteur de la Santé des Accords-Cadres conclus par la Représentation de la CTB au Niger.



REPUBLIQUE DU NIGER

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

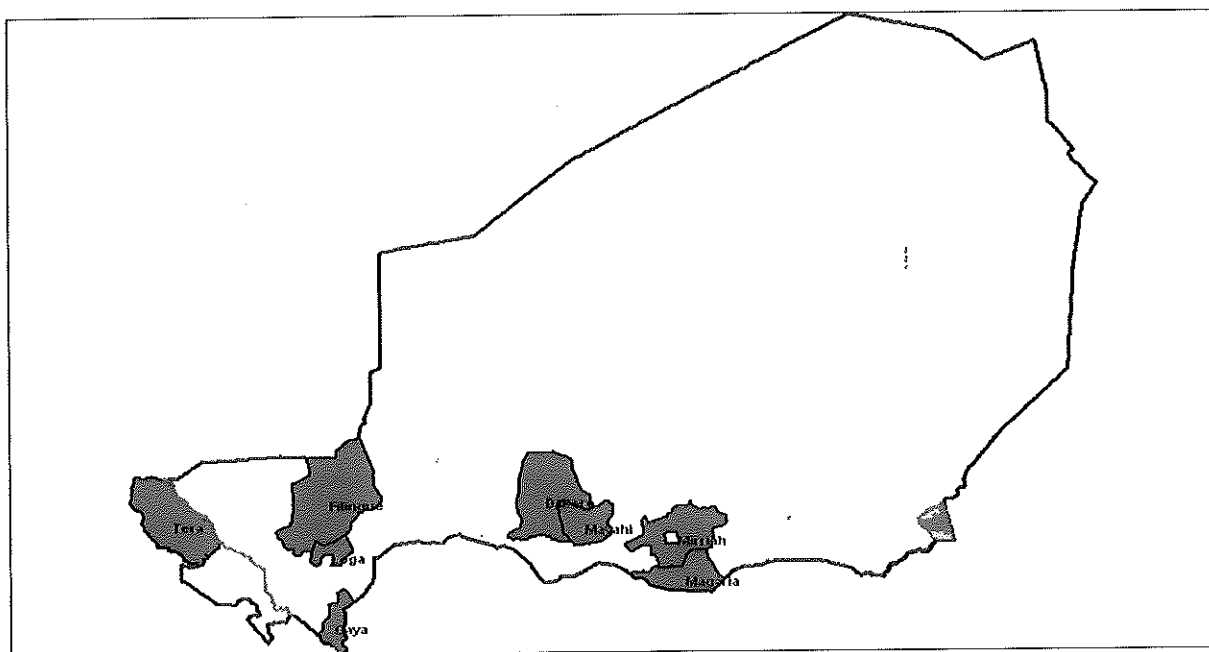
Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS)

Code Navision : NER 12 033 11



CTB NIGER

RAPPORT DES RESULTATS 2014 PARSS/NER 12 033 01



Zone d'intervention du PARSS

Sommaire

1.	APERÇU DE L'INTERVENTION	7
1.1	FICHE D'INTERVENTION.....	7
1.2	EXECUTION BUDGETAIRE	8
1.2.1	<i>Suivi budgétaire</i>	8
1.2.2	<i>Vue d'ensemble</i>	9
1.3	AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE	10
1.3.1	<i>Efficience</i>	10
1.3.2	<i>Efficacité</i>	11
1.3.3	<i>Durabilité potentielle</i>	11
1.4	CONCLUSIONS	12
1.5	MONITORING DES RESULTATS	13
1.6	ÉVOLUTION DU CONTEXTE	13
1.6.1	<i>Contexte général</i>	13
1.6.2	<i>Contexte institutionnel</i>	13
1.6.3	<i>Contexte HARMO</i>	14
2.	PERFORMANCE DE L'OUTCOME	16
2.1	ANALYSE DES PROGRES REALISES	16
2.2	CONSTATS	17
2.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	17
2.3.1.	<i>État d'avancement des principales activités</i>	18
2.3.2.	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
2.4.	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	18
2.4.1.	<i>État d'avancement des principales activités</i>	19
2.4.2.	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	19
	<i>L'activité 1 est achevée au mois de novembre 2014, l'activité 2 est en cours d'achèvement.</i>	19
	<i>Le démarrage de l'activité 3 est prévu au début du Q2 2015.</i>	19
	<i>Le démarrage de l'activité 4 est prévu au début du Q4 2015.</i>	19
2.5.	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	19
2.5.1.	<i>État d'avancement des principales activités</i>	20
2.5.2.	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	20
2.6.	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	21
2.7.	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5	21
2.8.	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6	21
2.9.	THEMES TRANSVERSAUX	21
2.9.1.	<i>Genre</i>	21
2.9.2.	<i>Environnement & Santé</i>	21
2.9.3.	<i>Economie Sociale</i>	21
2.10.	GESTION DES RISQUES.....	22
3.	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	23
3.1.	REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	23
3.2.	RECOMMANDATIONS	23
3.3.	ENSEIGNEMENTS TIREES	23
4.	DECISIONS PRISES PAR LE SMCL ET SUIVI	24
5.	CADRE LOGIQUE DU PARSS (ACTUALISE)	26
6.	APERÇU DES MORE RESULTS	28
7.	ANNEXES	29
7.1.	CRITERES DE QUALITE.....	29
7.2.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	32
7.3.	DECISIONS DE LA SMCL DU 10 NOVEMBRE 2014	35

ACRONYMES

ANO	Avis de non-objection
APD	Avant-projet détaillé
APS	Avant-projet sommaire
ARV	Antirétroviraux
AT	Assistant technique
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistant technique national
BO	Bloc opératoire
BS	Back-stopping
CHR	Centre hospitalier de référence
CMO	Convention de mise en œuvre
CNLS	Centre national de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre national de Transfusion sanguine
CPADS	Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires
CPN	Consultation prénatale
CRENAS	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Aigue et Sévère
CRENI	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CTB	Coopération Technique Belge
CTB HQ	Coopération Technique Belge à Bruxelles
CTB RR	Coopération Technique Belge Représentant résident
CS	Case de santé
CSI	Centre de Santé Intégré
DAO	Demande d'Appel d'Offres
DEP	Direction Des Études et de la Planification
DGCMP	Direction Générale de Contrôle des Marchés Publics
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DGR	Direction Générale des Ressources
DRH	Direction des Ressources Humaines
DGSP	Direction Générale Santé Publique
DIES	Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires
DPF	Direction de la Promotion de la Femme
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique

DS	District sanitaire
DSME	Direction de Santé Mère et Enfant
DTF	Dossier technique et financier
ECD	Équipe-Cadre de District
EDS/MICS-III	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
EQU	Équipement biomédical
EST	Expertise sectorielle et thématique
ETP	Équivalent temps plein
FAD	Fonds Africain de Développement
FAP	Femmes en âge de procréation
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FC	Fonds commun
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
HD	Hôpital de District
INS	Institut national de la statistique
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCD	Médecin Chef District
M&E	Monitoring et Évaluation
MEG	Médicaments essentiels génériques
MILDA	Moustiquaire imprégné de longue durée d'action
MOB	Mobilier sanitaire
MP	Marché public
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid-term Review/Évaluation à mi-parcours
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPF	Observatoire national pour la Promotion de la Femme
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPM	Ouvrier polyvalent de maintenance
PAA	Plan d'action annuel
PADS	Projet d'appui aux districts sanitaires
PAI	Projet CTB d'appui institutionnel au Ministère de la Santé

PARSS	Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PD	Plan directeur
PDS	Programme de Développement Sanitaire
PDSD	Programme de développement sanitaire de district
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PFAD II	Projet Santé Fonds Africain de Développement II
PFAS	Projet d'appui à la formation continue des agents de santé
PIB	Produit intérieur brut
PIC	Programme indicatif de coopération
PMA	Paquet minimal d'activités
PNG	Politique nationale de genre
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida/VIH
POA	Plan opérationnel des activités
PRP	Plan de résolution des problèmes
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Protection de la transmission du virus du Sida de la mère à l'enfant
PV	Procès-verbal
Q	<i>Quarter</i> (Trimestre)
R	Résultat
RA	Recherche-Action
RAF MP I	Responsable administratif et financier avec expertise en marchés publics international
RESNER	Représentation CTB au Niger
RH	Ressources humaines
RMP	Revue à mi-parcours
RR	Représentant résident
SDRP	Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté
SEMEX	Service d'entretien du matériel d'exploitation
SERAM	Service d'entretien et de réparation des appareils médicaux
SERPA	Service d'entretien et de réparation du parc automobile
SMCL	Structure mixte de concertation locale
S-MED	Stock initial des médicaments et des consommables

SNIS	Système national d'Information sanitaire
SR	Santé reproductive
SONE	Soins obstétricaux néonataux essentiels
SONUB	Soins obstétricaux néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets
SP	Santé publique
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes
TdR	Termes de référence
TETU	Triage, Évaluation et Traitement d'Urgence
TP	Travaux publics
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

1. Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Intitulé de l'intervention	<i>Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger (PARSS)</i>
Code de l'intervention	<i>NER 12 033 01</i>
Localisation	<i>Niger</i>
Budget total	15 742 822 Euros dont : <ul style="list-style-type: none"> • <i>contribution belge</i> : 13 200 000 € (8 658 632 400 FCFA) • <i>contribution nigérienne</i> : 2 542 822 € (1 667 981 891 FCFA)
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique du Niger
Date de début de la Convention spécifique	03/07/2013
Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture	16/09/2013
Date prévue de fin d'exécution	15/09/2018
Date de fin de la Convention spécifique	02/07/2019
Groupes cibles	Les cibles directes de ce projet sont : Populations les plus vulnérables (mères et enfants).
Impact¹	Une offre de soins et services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables
Out-come	La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.
Outputs	Résultat 1 : Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés.
	Résultat 2 : Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités équipés.
	Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.
	Résultat 4 : Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés.
	Résultat 5 : Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.
	Résultat 6 : La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés.
Année couverte par le rapport	2014

¹ L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté
 CTB, Agence belge de développement-Rapport résultat 2014/PARSS Niger
 16/02/2015

1.2 Exécution budgétaire

	Budget en €	Dépenses en € au 31/12/2013	Dépenses en € année 2014	Solde en € au 31/12/2014	Taux de décaissement au 31/12/2014
Total (Partie belge)	13 200 000,00	217 660,08	462 098,79	12 520 241,10	5,15%
Résultat 1.	6 789 877,00		17 063,99	6 772 813,01	0,25%
Résultat 2.	2 482 180,00			2 482 180,00	0,00%
Résultat 3.	739 805,00			739 805,00	0,00%
Résultat 4.	225 105,00			225 105,00	0,00%
Résultat 5.	112 626,00			112 626,00	0,00%
Résultat 6	93 123,00			93 123,00	0,00%
Réserve budgétaire	100 925,00			100 925,00	0,00%
Moyens généraux	2 656 359,00	217 660,08	445 034,80	1 993 664,09	24,95%
Frais de personnel	1 962 617,00	124 664,38	385 316,07	1 452 636,54	25,98%
Investissements (logistique)	153 602,00	79 367,16	12 785,33	61 449,51	59,99%
Frais de fonctionnement	385 140,00	11 713,91	42 839,31	330 686,77	14,14%
Audit et Suivi Evaluation	155 000,00	1 914,63	4 094,08	148 991,29	3,88%

Le projet ayant effectivement démarré le 16 septembre 2013, les dépenses pour (2014) déjà effectuées sont de : 462.098,79 € au 31 décembre 2014 et concernent les moyens généraux : 445.034,80 € et 17.063,99 € consacrées études topographiques, géotechniques et la mission de démarrage pour l'établissement des schémas directeurs de quatre HD.

1.2.1 Suivi budgétaire

En termes de prévision, il est enregistré une baisse significative au Q4/2014 par rapport au montant prévu (de l'ordre de 50 970 €), soit une diminution de 24 % sur le taux de décaissement à réaliser au Q4. Cette diminution fait suite au retard dans la remise du livrable : Schémas Directeurs des 4 HD confié au Bureau d'Etudes TEGS (contrat cadre avec la CTB-Siège).

Le taux de décaissement annuel pour 2014 est de 75 % et le taux de décaissement total (Q4/2013 à Q4/2014) est de l'ordre de 5,15 % par rapport à une prévision de 6,32% (voir vue d'ensemble ci-dessous). Cela veut dire que les activités programmées en 2014 par le projet ont été réalisées en grande partie conformément aux prévisions.

1.2.2 Vue d'ensemble

1.2.2 Vue d'ensemble

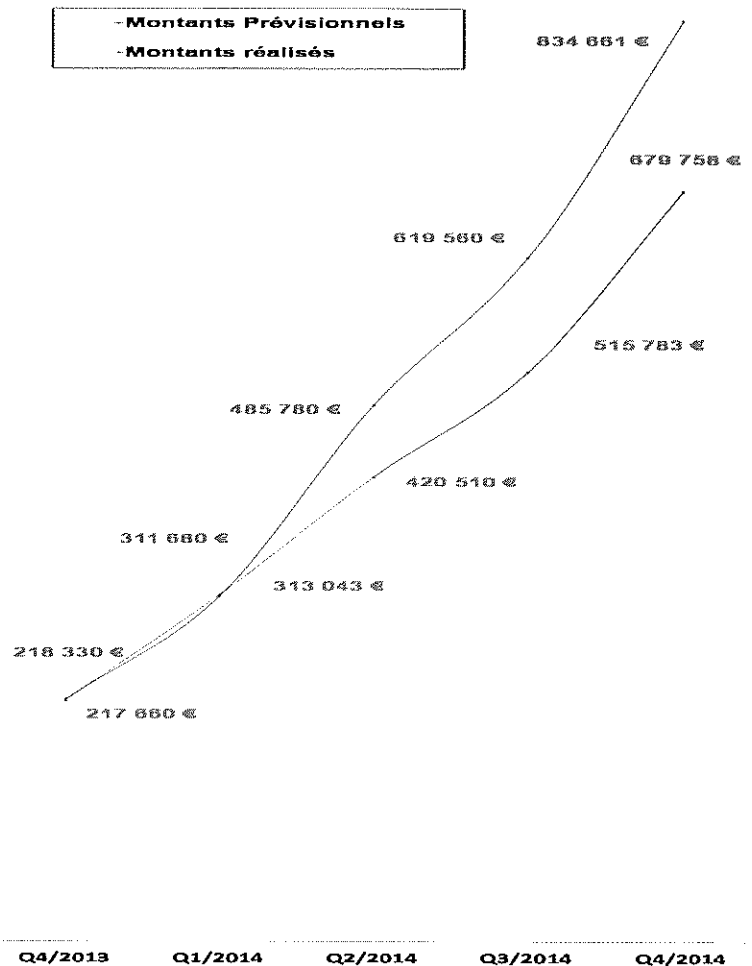
Date: le 10 JANVIER 2015

Suivi & Analyse de la Programmation Financière du PARSS

Budget PARSS

13 200 000 €

Programmations financières	2013		2014		
	Q4/2013	Q1/2014	Q2/2014	Q3/2014	Q4/2014
Montants/Trimestre	218 330 €	93 350 €	174 100 €	133 780 €	215 101 €
Taux /année/budget	1,65%				4,67%
Montants total annuel					616 331 €
Programmations financières Cumulées	218 330 €	311 680 €	485 780 €	619 560 €	834 661 €
Taux prévisionnel Cumulé					6,32%
Dépenses réalisées	2013		2014		
	Q4/2013	Q1/2014	Q2/2014	Q3/2014	Q4/2014
Montants décaissés/Trimestre	217 660 €	95 383 €	107 467 €	95 273 €	163 975 €
Taux d'exécution/année/budget	1,65%				3,50%
Taux d'exécution /trimestre	99,69%	100,44%	86,56%	83,25%	81,44%
Dépenses financières/ année					462 098 €
Taux d'exécution annuel					74,98%
Dépenses cumulées de Q4/2013 au Q4 2014	217 660 €	313 043 €	420 510 €	515 783 €	679 758 €
Taux d'exécution cumulé au Q4 2014					5,15%



1.3 Autoévaluation de la performance

	Performance
Pertinence	A

La coopération belge à travers le Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS) s'inscrit parfaitement dans les différents politiques et plans nationaux du MSP à travers l'alignement du projet et son objectif global qui est en réalité l'objectif spécifique du PDS 2011-2015 : « **Une offre de soins et de services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables** ».

L'objectif spécifique du PARSS, à savoir, « **La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet** » constitue le premier résultat du PDS 2012-2015.

Dans ce cadre, la prise en compte par le PARSS dans son programme par rapport à ces deux axes importants du PDS, est traduite à travers deux résultats importants portant sur la construction de nouvelles infrastructures sanitaires équipées (4 HD+15 CSI type1), consommant à elles seules 70% du budget total de la contribution belge, qui est de 13,2 millions d'euros.

1.3.1 Efficience

	Performance
Efficience	A

Le projet PARSS, après sa première année, est en pleine phase opérationnelle. Les faits saillants en termes d'actions ont porté sur ces réalisations et leur validation par la SMCL :

- La proposition de l'UGP de la modification budgétaire concernant la construction d'un nouveau HD à Gaya au lieu de sa réhabilitation ;
- La proposition de modification de la procédure d'acquisition en termes de marchés publics en cogestion ;
- La révision du cadre logique faite par l'UGP et validée par le SMCL ;
- La validation par la SMCL de la Baseline élaborée par l'UGP ;
- La finalisation de la proposition d'attribution pour les consultants chargés des études architecturales, techniques et contrôle des travaux pour les 4 HD dans le respect des budgets alloués.
- Les résultats fiables de l'enquête de la couverture sanitaire réalisée par l'UGP et l'appropriation de la démarche par le MSP en vue de son élargissement à l'ensemble du pays.

En ce qui concerne les activités et sous activités de R1, les études architecturales et techniques des infrastructures à construire (schémas directeurs des 4 hôpitaux de district, études topographiques des sites et la campagne géotechnique), elles ont été menées dans les délais, en dessous du budget prévisionnel et avec la qualité requise.

D'une manière générale, les fonds, les expertises et la disponibilité des membres de l'UGP contribuent positivement à l'élévation de la qualité des prestations des deux directions DIES et DEP. En revanche, il a été constaté récemment un léger relâchement participatif vis-à-vis de l'UGP de la part de la DIES depuis les changements à sa tête. Ceci constitue un point d'attention car l'implication de cette direction est cruciale pour l'atteinte des résultats du projet.

1.3.2 Efficacité

Efficacité	Performance
	B

Bien que le résultat 2 soit le seul avec un effet évident sur l'atteinte de l'objectif spécifique, « **Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés** », en termes d'efficacité, le résultat 1 est le plus important.

Pour R2, après quatre ans de formulation, le ratio des coûts au m² construit au Niger ne correspond plus et il est en deçà des coûts à appliquer pour des travaux prévus au Q4 2015. Suite à cette contrainte, le projet a revu ces coûts et procédé à leur actualisation sur la base des données des référentiels des coûts de construction 2015 de la direction des infrastructures et équipements sanitaires (DIES/MSP). Il faut noter que cette révision a eu une incidence significative sur le nombre de cases de santé à transformer en CSI type 1, qui passe de 25 prévues à 15 à réaliser.

Malgré cette baisse négative du nombre des cases à transformer, l'objectif spécifique reste toujours réalisable et cohérent. Après l'enquête sur terrain réalisée par l'UGP concernant la situation de la carte sanitaire des 4 régions concernées par l'intervention, les résultats fiables de cette enquête ont permis au projet de proposer au partenaire les zones prioritaires et à forte valeur ajoutée en termes de gains sur l'évolution des taux de la couverture sanitaire à l'horizon 2018.

L'intervention a pu adapter son orientation stratégique et ses activités en fonction des changements survenus durant l'année 2014 notamment suite aux changements sur les résultats 1 et 2. L'intervention a également pris en compte les différentes recommandations des backstopping siège CTB notamment celui de la revue de certains résultats.

L'UGP, malgré une communication de proximité et en profondeur avec les directions du MSP avec lesquelles le projet est appelé à collaborer le plus étroitement (la DIES notamment), les aspects participatifs, organisationnels et décisionnels, nécessitent plus d'investissement de la part de ces directions.

1.3.3 Durabilité potentielle

Durabilité potentielle	Performance
	B

Le projet a privilégié de travailler essentiellement avec les structures concernées et a évité, autant que faire se peut, de faire appel à des consultants externes. Ce qui permet une meilleure appropriation par les bénéficiaires du projet. De plus, lorsque l'appel à des consultants est inévitable, le projet insiste pour que les structures bénéficiaires soient impliquées du début à la fin.

Etant donné que l'intervention est axée essentiellement sur la construction de nouvelles infrastructures de santé, leur pérennité dès leur entrée en exploitation est confrontée à la problématique de la maintenance préventive et curative ; que ce soit pour les bâtiments ou les équipements médicaux techniques. Ce risque clé de durabilité à court terme des acquis est dû à de multiples causes dont, entre autres:

- La faible mobilisation des ressources de la part du budget national allouée au secteur de la santé qui reste en moyenne autour de 6% depuis 3 ans, alors que l'engagement d'Abuja suggère 15% ;
- La dépendance récurrente du partenaire à l'aide de développement qui laisse un vide aléatoire et ne saurait garantir la pérennité des acquis (infrastructures de santé) dès la clôture des projets ;
- Le Gouvernement du Niger a accéléré en 2014 le processus de la décentralisation avec le transfert des compétences et ressources de l'Etat aux collectivités territoriales, qui reste encore insuffisante car des poches de farouches résistances à la mise en application s'opposent;

- Une quasi absence de la supervision, suivi et coordination entre les niveaux techniques concentré et déconcentré ;
- Faibles ressources budgétaires, humaines techniques allouées à la maintenance au niveau déconcentré;
- Absence totale de la culture partenariat public – privé dédié à la maintenance des infrastructures sanitaires.

Pour préserver une durabilité normale de ces acquis à moyen et long termes, une évolution du contexte actuel est inévitable et passe par un changement radical de la culture de la maintenance avec une nouvelle vision à long terme sur comment préserver ces acquis. L'amélioration de la politique de maintenance rendra à coup sûr meilleur le fonctionnement de ces acquis. Si une culture de la maintenance est instaurée, alors les acquis seront préservés.

L'intervention proposera, conformément au DTF, des solutions pilotes à travers son résultat 3, « **Le système de maintenance des infrastructures, équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé** » dont un aperçu :

- Faire un constat général sur la situation actuelle de la maintenance ;
- Proposer des alternatives au modèle actuel de maintenance, rendre la décentralisation plus efficace à tous les niveaux (concentré et déconcentré) ;
- Accélérer la mise en place du pool technique chargé de la maintenance au niveau des DRSP ;
- Revoir avec le MSP une révision des budgets affectés à la maintenance au niveau des DRSP et des DRSP vers les Districts;
- Proposer un manuel de procédures pour la maintenance aux directions régionales et Districts (rôles, responsabilités, mise en œuvre et suivi) ;
- Négocier, si le budget le permet, un contrat (partenariat public-privé) de maintenance pour les équipements biomédicaux et groupes électrogènes de secours sur une période de 3 ans avec les fournisseurs en charge des travaux de ces nouvelles infrastructures dès la fin de leurs périodes de garantie.

Enfin, le projet est presque convaincu que tous les acquis (infrastructures et équipements), peuvent être durables, pour peu qu'on consolide ces mesures avant la fin du projet.

1.4 Conclusions

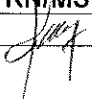

L'UGP, au terme de sa première année, est en pleine phase opérationnelle. Les faits saillants ont porté sur les réalisations de l'UGP et leurs validations par la SMCL:

- La programmation opérationnelle se développe selon le calendrier prévu ;
- L'UGP, dès la première année a travaillé essentiellement sur le transfert des compétences et l'appropriation du projet par les structures bénéficiaires ;
- La proposition de l'UGP de la modification budgétaire concernant la construction d'un nouveau HD à Gaya au lieu de sa réhabilitation ;
- La proposition de modification de la procédure d'acquisition en termes de marchés publics en cogestion ;
- La révision du cadre logique faite par l'UGP et validée par la SMCL ;
- La validation par la SMCL de la Baseline élaborée par l'UGP.
- Les réalisations des études : Schémas directeurs, topographiques et géotechniques des HD en dessous du budget prévisionnel avec la qualité requise ;
- La finalisation de la proposition d'attribution pour les consultants chargés des études architecturales, techniques et contrôle des travaux pour les 4 HD dans le respect des budgets alloués.
- Les résultats fiables de l'enquête de la couverture sanitaire réalisée par l'UGP et l'appropriation

de la démarche par le MSP en vue de son élargissement à l'ensemble du pays.

- Pour l'équipe de l'UGP, l'ensemble des membres de l'équipe sont opérationnels depuis mai 2014 hormis l'expert en marché public (ATN), dont l'entrée en fonction est prévue le 2 mars 2015.

A propos du partenaire, nous avons constaté une instabilité des ressources humaines du Ministère : beaucoup de changements au niveau des directions centrales et directions d'appui. Nous avons constaté aussi une participation timide de la part de la DIES/MSP au processus opérationnel avec l'UGP.

Fonctionnaire exécution nationale RN/MSP ²	Fonctionnaire exécution ATI/CTB ³
Dr Hamma SOUMANA 	P.O. Gilbert Sindayigaya 

1.5 Monitoring des résultats

Pour le monitoring des indicateurs de santé, le PARSS s'aligne à ceux du suivi du PDS. Seules les données centralisées du district remontent au niveau régional et national ; d'où la nécessité de mettre un mécanisme pour la collecte des données des CSI afin d'avoir la base initiale.

1.6 Évolution du contexte

1.6.1 Contexte général

Le PARSS, comme deux autres projets exécutés par la CTB dans le secteur de la santé, sont des appuis au Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015. Il faut noter que le Ministère de la Santé Publique (MSP) a bénéficié de l'appui de la Coopération belgo-nigérienne depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré. S'agissant du PARSS, il vise une extension de la couverture et de l'amélioration des services de santé en complément de deux autres projets en cours dont l'un apporte un appui à la formation continue des agents et l'autre un appui institutionnel. Tous ces trois projets se complètent et sont en parfaite harmonie avec les priorités du MSP.

Comme tous les autres projets de la CTB, le PARSS souffre quelque peu des conditions sécuritaires du Niger. Le déplacement uniquement avec escorte dans les régions d'intervention limite fortement les possibilités de suivi par l'ATI co-responsable de projet.

1.6.2 Contexte institutionnel

Le PARSS est logé au sein du MSP et la Direction des Etudes et de la programmation (DEP) est sa direction de tutelle. Les interventions sont intégrées à celles des différentes structures telles la DIES et le reste de la pyramide sanitaire qui compte trois niveaux d'exécution à savoir le niveau régional et le niveau opérationnel ou départemental.

Contexte de gestion : modalités d'exécution

Conformément aux directives du DTF, il a été mis à la disposition de l'UGP :

- un Responsable national spécialiste en santé publique par arrêté N°00315 /MSP/DGR/DRH/DAP du 23 Août 2013 ;
- un Assistant technique international (ATI) Ingénieur, Coresponsable du projet ;
- et un Responsable Administratif et Financier, Expert en Marchés Publics International (RAF MP I).

Ces trois responsables ont pris service le 02 Septembre 2013. La direction du projet revient au responsable national mis à disposition pour le projet à temps plein le 02/09/2013. Les points focaux

² Nom et signature

³ Nom et signature

de la DEP et DIES ont été désignés.

En ce qui concerne les marchés publics en cogestion, les modalités de gestion posent des difficultés majeures en termes de procédures et délais qu'il convient d'alléger en respectant le cadre légal en vigueur. A cet effet, l'UGP a soumis au MSP une proposition pour rendre l'intervention du PARSS plus performante. Cette proposition a été validée par la SMCL de novembre 2014 (voir contenu en annexe).

1.6.3 Contexte HARMO

Conformément à la déclaration de Paris, le projet PARSS s'inscrit dans les orientations stratégiques de la SDRP 2008-2012 et du PDS 2011-2015 dans l'optique de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile en vue d'atteindre les OMD. Ses activités seront alignées sur trois axes du PDS 2011-2015, à savoir :

- l'extension de la couverture sanitaire (axe N° 1) ;
- le développement des services de santé de la reproduction (axe N° 2) ;
- le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux (axe N° 6). Le PARSS suit le cycle de planification annuelle du MSP.

a) Harmonisation avec les autres partenaires

Le ciblage des cases de santé à transformer en CSI, a été coordonné et approuvé en tenant compte des programmations au niveau national (émanant du MSP appuyé dans ce processus par le Fonds Commun d'appui au PDS).

L'exercice réalisé par le projet a été évalué comme excellent par le ministère au niveau central comme au niveau des départements et districts. Le Niger historiquement avait déjà conçu ces cartes, mais elles n'ont pas été actualisées. Le ministère est demandeur pour élargir l'exercice à l'entièreté des districts. Le projet pourrait y contribuer, sans pour autant prendre en charge l'ensemble.

b) Alignement sur les stratégies du partenaire

Les activités financées par le projet découlent du Plan de Développement Sanitaire et sont définies et validées dans les Plans d'Actions Annuels 2015 des structures à appuyer du Ministère de la Santé Publique.

c) Appropriation par le pays partenaire

Toutes les activités financées par le projet sont non seulement définies mais exécutées par les structures concernées du Ministère de la santé publique au regard de l'objectif spécifique et des résultats attendus du Projet. Dans cette dynamique, le rôle du projet est ramené peu à peu à un appui technique dans l'identification des activités pertinentes et à leur financement.

Quant à la mise en œuvre, elle est réalisée selon les procédures mises en place par le Ministère de la Santé Publique et la Coopération Technique Belge suivant les modalités de la cogestion (77,27% du budget du projet) et la régie (22,73% du budget du projet).

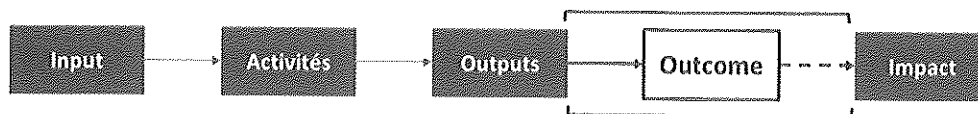
d) Coordination et synergie avec les projets santé CTB (PFAS/PARSS/PAI)

Arrivé aux termes de son programme, le projet PFAS n'est pas arrivé à démarrer les activités des travaux de réhabilitation des 3 HD sur 4 programmés pour de multiples raisons.

Après concertation entre projets, Représentation/CTB et sur décision de la SMCL de clôture du projet PFAS en juin 2014, ces activités en termes de supervision et suivi techniques ont été confiées aux compétences techniques disponibles au PARSS. Le démarrage des travaux a eu lieu au mois de juillet 2014 et l'état d'avancement des dits travaux au 31/12/2014 est le suivant :

- **Hôpital de District de Ouallam : 95 %**
- **Hôpital de District de Say : 98 %**
- **Hôpital de District de Niamey III : 75%**

2. Performance de l'Outcome



Outcome : La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.

INDICATEURS	Valeur de la Baseline	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
<i>Taux de couverture sanitaire augmenté = Case de santé transformée en CSI Type 1, ramené à la population couverte (un centre pour 5000 personnes dans un rayon de 5 km).</i>					
Téra	45,12 %	-	-	-	49,29 %
Gothèye	48,71 %	-	-	-	53,92 %
Dakoro	25,2 %	-	-	-	32,16 %
Mayahi	33,25 %	-	-	-	40,21%
Mirriah	30,4 %	-	-	-	36,20 %
Damagaram Takaya	25,4 %	-	-	-	28,66 %
Magaria	32,16 %	-	-	-	39,70 %

2.1 Analyse des progrès réalisés

En matière d'objectifs, le PARSS garde son objectif, qui reste pertinent : La couverture sanitaire⁴ est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.

a) Actualisation du cadre logique

Après la modification budgétaire validée par la SMCL de février 2014 portant sur la construction d'un nouveau HD à Gaya au lieu de la réhabilitation et la suppression de la transformation des 10 centres de santé de type 1 à 2, le projet a procédé à l'actualisation du cadre logique (voir en annexe cadre logique actualisé).

b) Baseline projet

Deux mois après le démarrage du projet, la piste de l'élaboration de la Baseline par un consultant international a été abandonnée par le projet. En revanche, le projet a demandé à la SMCL de concevoir lui-même cette Baseline à partir des indicateurs de suivi du PDS et conformément à l'esprit du DTF.

Le SMCL de février 2014 a accepté cette requête. Il faut noter que cette Baseline a été élaborée avec l'appui de la Direction de la statistique, sous la supervision de la DEP. L'équipe a également bénéficié de l'appui des deux projets PAI et PFAS et des experts personnes ressources de la CTB et du MSP.

Au mois de mai 2014, la matrice de la Baseline est validée par les ordonnateurs du projet.

c) Actualisation de la situation de référence

L'enquête de terrain réalisée au mois de novembre 2014 sur les 4 régions concernées par le projet a permis d'actualiser et de définir la valeur de la situation de référence pour les indicateurs de l'extension de la couverture sanitaire au niveau de la matrice Baseline.

Ce travail réalisé par le projet, a été évalué comme excellent tant au niveau central (par le ministère),

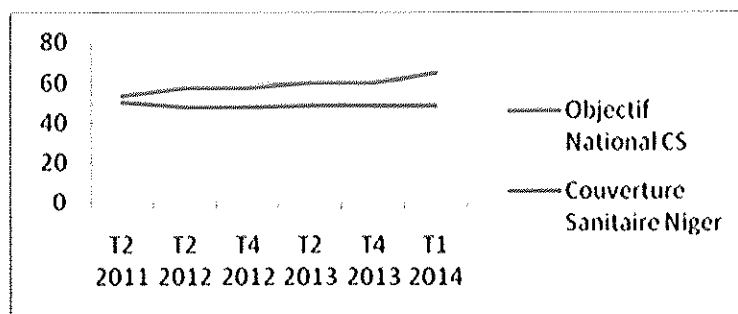
⁴ Couverture sanitaire = le nombre de personnes habitant dans un rayon de 5 km autour d'un CSI. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire. Définition p xii PDS 2011-2015

régional qu'à celui des districts sanitaires ; Le Niger historiquement avait déjà conçu ces cartes, mais elles n'ont pas été actualisées. Le ministère est demandeur pour élargir l'exercice à l'entièreté des districts.

Etant donné que cette activité démarre au Q4 2015, il n'est pas possible pour le moment d'analyser les progrès réalisés.

d) Vue sur l'évolution de la Couverture Sanitaire Nationale (source rapport PDS à T1/2014)

- Analyse de l'évolution de la Couverture Sanitaire nationale de T1 2012 à T1 2014



Evolution de la Couverture Sanitaire nationale de T1 2012 à T1 2014

2.2 Constats

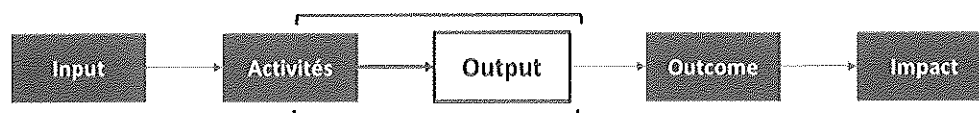
Le taux de couverture sanitaire nationale a connu une légère baisse de 50% à 47,48% entre le niveau de base (2010) et le début de la deuxième année de la mise en œuvre du PDS 2011-2015 (2012). Par la suite, l'évolution a connu une augmentation timide de T1 2012 (47,48) à T1 2014 (48,03%).

Aussi, en comparaison avec les objectifs annuels de couverture sanitaire fixés pour la période (53% en 2012 et 65% en 2014), on constate que la couverture atteinte est nettement en deçà de ces objectifs.

Principalement ce qui a entravé l'atteinte de cet objectif au terme de la période sus indiqué, revient aux retards dans la réalisation des transformations des cases de santé en CSI.

A juste titre, le PDS (2010-2015) ambitionne de transformer 197 cases de santé en CSI, hors seul 14 ont pu être réalisés à ce jour.

2.3 Performance de l'output 1



Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Taux d'exécution : des infrastructures (4HD) prévues dans le programme seront effectivement construits et équipés au terme du programme	0 %	-	-	-	100%

2.3.1. État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Réalisation des schémas directeurs pour 4 HD		X		
2. Réalisation des plans topographiques sur les sites des 4 HD		X		
3. Réalisation de la campagne géotechnique in situ		X		
4. Démarrage des études architecturales, techniques, supervision et contrôle des travaux		X		
5. Démarrage des travaux				

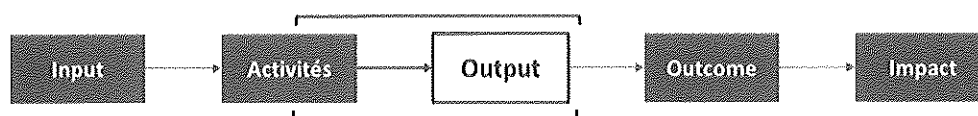
2.3.2. Analyse des progrès réalisés

Au 31 décembre 2014 les activités de 1 à 3 ont été réalisées en majeure partie.

L'activité 4 démarrera en début du Q1 2015.

Le démarrage des travaux est prévu au début du Q4 2015.

2.4. Performance de l'output 2



Output 2 : Les cases de santé ciblées sont transformées en centres de santé intégrés type 1.

INDICATEURS	Valeur de la Baseline	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Taux d'exécution des infrastructures (15 cases ciblées) prévues dans le programme seront effectivement construits et équipés au terme du programme	0 %	-	-	-	100 %

⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.4.1. État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Réalisation de l'enquête de ciblage des 15 cases à transformer		X		
2. Réalisation de reconnaissance des sites et état des lieux des 15 cases à transformer		X		
3. Démarrage des études architecturales, techniques, supervision et contrôle des travaux				
4. Démarrage des travaux				

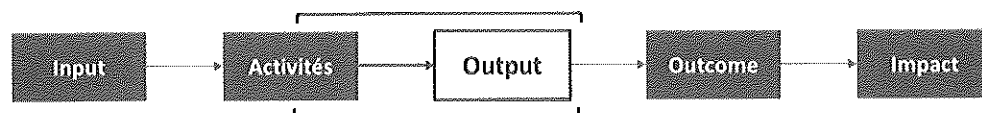
2.4.2. Analyse des progrès réalisés

L'activité 1 est achevée au mois de novembre 2014, l'activité 2 est en cours d'achèvement.

Le démarrage de l'activité 3 est prévu au début du Q2 2015.

Le démarrage de l'activité 4 est prévu au début du Q4 2015.

2.5. Performance de l'output 3



Output 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur sur année N	Cible année N	Cible finale
Ramener la maintenance curative à 25% et la maintenance préventive à 80 % des activités des services techniques	0 %	-	-	-	

⁶ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.5.1. État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁷	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Réalisation de l'enquête action Recherche autour de la maintenance			X	
2. Réalisation de la Baseline spécifique à la maintenance			X	

2.5.2. Analyse des progrès réalisés

a) Problématique de la maintenance des infrastructures sanitaires

En ce qui concerne la problématique de la maintenance des infrastructures sanitaires et les solutions à proposer pour le renforcement du système de maintenance et sa mise en œuvre. Un consensus est retenu par le projet avec l'expert EST et le MSP sur les actions et les démarches participatives à mettre en place pour mener à termes les activités de ce résultat avec 3 volets principaux :

❖ Volet (1) : Action Recherche

Création d'une équipe technique mixte UGP/MSP/DGR (DIES/DRFM/DRH) et DRSP composée d'expertises chargées de mener un état des lieux (3 échelons) de ce qui se fait actuellement autour de la maintenance aux différents niveaux. Cette activité démarrera en début du Q1 2015 ;

❖ Volet (2) Conception de modèle

Analyse situationnelle de départ et conception de modèle « *Baseline spécifique à la maintenance* » avec un atelier de restitution et démarrage de la mise en œuvre des activités prévues au début de Q2 2015 ;

❖ Volet (3) suivi et évaluation

- Suivi des indicateurs de mise en œuvre UGP/DGR/DRSP ;
- Evaluation de la mise en œuvre annuellement par l'expert EST santé siège.

b) Retard dans la mise à disposition par le MSP des ressources RH au niveau des DRSP

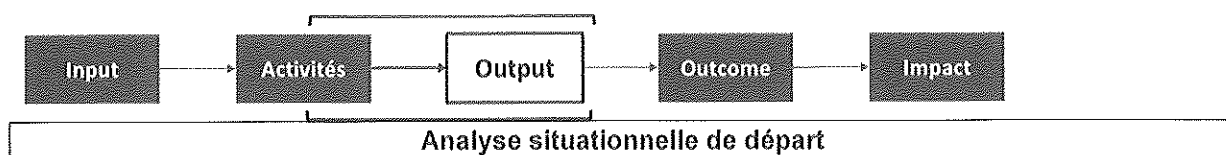
Par rapport à cette condition du DTF, le recrutement tardif par le MSP du pool technique composé d'un ingénieur biomédical ou en génie électrique avec 3 techniciens supérieurs à affecter aux (DRSP) accuse du retard et entrave le démarrage des activités liées à ce résultat.

La mesure d'atténuation pour ce risque clé, prise par le partenaire consiste à accélérer le recrutement de l'ingénieur biomédical et son affectation au niveau de la DRSP de Dosso avant la fin du Q1 2015 au lieu du Q2/2015.

Par ailleurs, étant donné qu'aucune activité n'a été démarrée en 2014, il n'est pas possible pour le moment d'analyser les progrès réalisés.

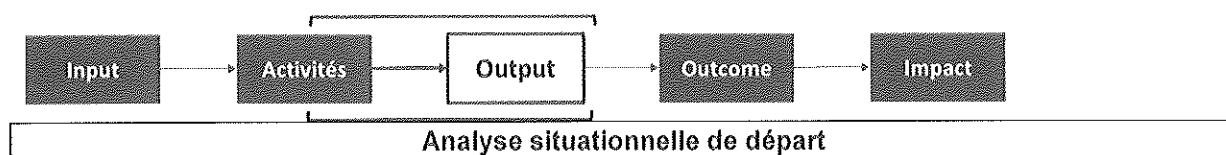
⁷ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.6. Performance de l'output 4



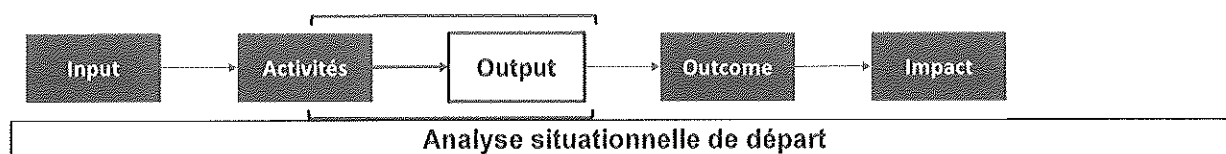
Le R4 «Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés ». Les activités relatives à ce résultat ne pourront démarrer qu'après les lancements effectifs des travaux des infrastructures sanitaires (année 3 du projet). Il n'est pas possible pour le moment d'analyser les progrès réalisés.

2.7. Performance de l'output 5



Le R5 « Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées ». Les activités relatives à ce résultat ne pourront démarrer qu'après l'achèvement en partie des travaux des infrastructures sanitaires (année 3 du projet). Il n'est pas possible pour le moment d'analyser les progrès réalisés.

2.8. Performance de l'output 6



Le R6, «La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés» ; néanmoins, les activités relatives à ce résultat ne pourront démarrer qu'après l'achèvement en partie des travaux des infrastructures (année 3 du projet). Il n'est donc pas possible pour le moment d'analyser les progrès réalisés.

2.9. Thèmes transversaux

2.9.1. Genre

Les résultats 4, 5 et 6 prennent en compte le « Genre ». Les indicateurs sont formulés de sorte à se réunir sur des groupes cibles tels que les femmes, les enfants dans les zones rurales.

2.9.2. Environnement & Santé

En matière d'environnement, une étude d'impact environnemental et santé (impact VIH/SIDA sur les populations autour des chantiers des travaux) est prévue dans le cadre des études techniques des infrastructures sanitaires, réalisées par les bureaux d'études recrutés.

2.9.3. Economie Sociale

Une attention particulière par le projet à l'économie locale sur les zones de projets consiste en une directive sur les « *Cahiers de Charges* » pour prioriser le recrutement d'une partie de la main d'œuvre locale par les entreprises en charge des travaux de construction des infrastructures sanitaires.

Des espaces aménagés et réservés pour les vendeuses de nourriture aux ouvriers des futurs chantiers, seront mis en place par les entreprises en charge des constructions.

2.10. Gestion des risques

Identification du risque ou problème		Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème		
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact/Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
Situation sécuritaire dans le pays	Depuis les événements au Mali de janvier 2013	DEV	Medium	Medium	Medium Risk	S'informer régulièrement sur la situation au niveau de la Représentation	UGP	Continu		En cours
Manque de transparence et complexité dans le processus de passation des marchés publics	A chaque passation de marché public	JUR	Low	Low	Low Risk	le PARSS proposera au SMCL et MSP un amendement sur la gestion future des marchés publics.	Proposition RAF MP 1	Q4/2014		Terminé
Capacités des prestataires – non-respect des normes de construction et délais – déséquilibrent des coûts	Au cours des travaux	FIN	Medium	Medium	Medium Risk	Prévoir dès le démarrage des travaux des HD une mission de contrôle permanente et sur place pour assurer un suivi rapproché et un contrôle qualité des travaux requis.	UGP/DIES/BET/IBC	Continu		En cours
Pénurie d'entreprises de constructions	Préparation des marchés publics	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Elargissement de l'offre à la sous-région et/ou à l'international	UGP/ DIES/BET/IBC	Continu		En cours
Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé. Ce risque a été traduit par le non démarrage des activités de R3 dans les temps prévus, suite au retard dans la mise à disposition par le MSP aux 4 DRSP concernées par l'intervention, de 4 ingénieurs biomédicaux et techniciens supérieur en maintenance d'unités structures sanitaires.	fév-14	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Un plaidoyer est soumis au MSP pour accélérer le processus de recrutement du pool technique chargé de la mise en œuvre au niveau des DRSP pour les activités de ce résultat 3.	MSP/DGR	fév-15		Nouveau

3. Pilotage et apprentissage

3.1. Réorientations stratégiques

Suite à la modification budgétaire par la SMCL de février 2014 et qui a consisté à l'abandon de la réhabilitation de l'HD de Gaya par la construction d'un nouvel HD et les suppressions en partie des activités de R2, objet de la transformation de 10 CSI Types 1 en CSI Types 2 et réallouer leurs budgets à la construction de l'HD.

Ces modifications ont eu un impact sur le cadre Logique et la Baseline qui ont été adaptés par le projet et validés au Q2/2014.

3.2. Recommandations

RECOMMANDATIONS	ACTEUR	DATE LIMITE
Le recours aux accords d'exécution ou de financement (AE/AF) suivant les besoins lors de la MEO du PARSS. Cette recommandation est en cours de réflexion au niveau du projet.	SMCL	Q1 - 2015
La SMCL confirme que le processus de recrutement de 4 Ingénieurs et techniciens supérieur pour la maintenance au niveau des DRSP est en cours et qu'ils seront mis à disposition à la fin du Q2 2015.	SMCL	Q2 - 2015
La SMCL confirme que le recrutement des ECD et OPM pour les futures 3 HD sera programmé bien avant la fin des réalisations des 3 nouveaux HD en question.	SMCL	Q2 - 2016
Les membres de la SMCL demandent au projet de réviser la programmation des travaux de transformation des cases de santé en CSI type 1 en 2015 au lieu de 2016.	SMCL	Q1 - 2015

3.3. Enseignements tirés

RAS.

4. Décisions prises par la SMCL et suivi

Décisions (SMCL Février 2014)							Action			Suivi		
N°	Décision	Période d'identification (mm-aa)	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status			
1	L'ensemble des recommandations ont été réalisées par le projet, sauf pour celles ayant recours aux accords d'exécution ou de financement (AE/AF) suivant les besoins lors de la MEO du PARSS. Cette recommandation est en cours de réflexion au niveau du projet.	févr-14	PV SMCL Février 2014	Membres SMCL	Programmation des AE/AF 2014 à proposer au prochain SMCL	Responsables du Projet	sept-14	En cours de réflexion	OPEN			
2	Le Rapport annuel des Résultats 2013 du PARSS est validé par la SMCL.	févr-14	PV SMCL Février 2014	Membres SMCL	Immédiat	Responsables du Projet	févr-14		CLOSED			
3	La programmation opérationnelle 2014 du PARSS est validée par la SMCL.	févr-14	PV SMCL Février 2014	Membres SMCL	Immédiat	Co Responsable et RAFI	févr-14		CLOSED			
4	La SMCL accepte et valide la proposition de modification budgétaire telle qu'elle a été introduite par la direction du projet.	févr-14	PV SMCL Février 2014	Membres SMCL	Introduire auprès des Ordonnateurs une révision de la programmation budgétaire globale selon les changements opérés.	Co Responsable et RAFI	mars-14		CLOSED			
5	La SMCL approuve le principe d'utiliser les indicateurs du SNIS (suivi PDS) en lieu et place de la réalisation d'une Baseline par un consultant externe.	févr-14	PV SMCL Février 2014	Membres SMCL	Soumettre l'étude de Baseline à l'approbation des Ordonnateurs.	Responsable Projets/DEP/SMS	avr-14	En cours	OPEN			
6	La SMCL accepte et valide la proposition de modification du DTF par rapport à la gestion des marchés publics pour les projets santé CTB.	févr-14	PV SMCL Février 2014	Membres SMCL	La SMCL recommande aux équipes des projets santé CTB d'intégrer cette modification de gestion des marchés publics au niveau de leurs DTF.	RAFI/Responsables Projets CTB/MSP	mai-14	En cours	OPEN			

Décisions (Novembre 2014)				Action			Suivi		
N°	Décision	Période d'identification	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
1	L'ensemble des recommandations ont été réalisées par le projet, sauf pour celles ayant recours aux accords d'exécution ou de financement (AE/AF) suivant les besoins lors de la MEO du PARSS. Cette recommandation est en cours de réflexion au niveau du projet.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Programmation des AE/AF à proposer au prochain SMCL	Responsables du Projet	févr-15	En cours de réflexion	OPEN
2	Le Rapport des Résultats Q4 2014 du PARSS est validé par la SMCL.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Immédiat	UGP	nov-14	Réalisé	CLOSED
3	La programmation opérationnelle et financière 2015 du PARSS est validée par la SMCL.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Immédiat	UGP	nov-14	Réalisé	CLOSED
4	la SMCL accepte et valide le texte de la proposition d'adaptation du DTF pour la simplification en co-gestion de la procédure de passation des marchés publics pour le PARSS telle qu'elle a été introduite par la direction du projet.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Immédiat	Co Responsable et RAFI	nov-14	Réalisé	CLOSED
5	La SMCL confirme que le processus de recrutement de 4 ingénieurs et techniciens supérieur en maintenance des équipements biomédicale est en cours, et qu'ils seront mis à disposition à la fin du Q1 2015.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Suivi de la Situation du recrutement de (4) ingénieurs biomédical par la DRH/MSP ;	RN.PARSS/DRH/MSP	avr-15	En cours	OPEN
6	La SMCL confirme que le recrutement des ECD et OPM pour les futures 3 HD sera programmé bien avant la fin des réalisations des 3 nouveaux HD en question.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Suivi des recrutements des ECD et OPM pour les 3 futures HD	RN.PARSS/DRH/MSP	juin-16	En cours	OPEN
7	Les membres de la SMCL demande au projet de réviser la programmation des travaux de transformation des cases de santé en CSI type 1 en 2015 au lieu de 2016.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Les Responsables du projet soumettront au prochain SMCL (Février 2015) une proposition de reprogrammation de cette activité telle qu'elle a été demandée.	UGP	févr-15	En cours	OPEN

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
OG	<u>Objectif global :</u> Une offre de soins et de services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables.			
OS	<u>Objectif spécifique :</u> La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.	Le taux de couverture sanitaire au niveau des districts sanitaires appuyés par le projet	Les rapports annuels du PDS et le PAA Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet SNIS	La situation sécuritaire au Niger permet la mise en œuvre des activités des agences de développement. Les institutions nationales et régionales adhérent au plan de développement sanitaire. Les autorités locales mettent tout en œuvre pour que les bâtiments soient construits/réhabilités dans les meilleures conditions et ne posent aucun obstacle à ce travail La CTB et le MSP respectent les règles de la cogestion lors la passation des MP La CTB et le MSP respectent les procédures convenues dans le DTF lors la passation des MP
R 1	<u>Résultat 1 :</u> Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits /réhabilités et équipés	Le nombre d'HD construits Le nombre d'HD réhabilités Le nombre d'HD équipés	Les rapports du projet (Rapports annuels, MTR et fin de projet) Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet SNIS	
R 2	<u>Résultat 2 :</u> Les cases de santé sont transformées, réhabilitées et équipées.	Le nombre de cases de santé transformées en CSI type I Le nombre de cases de santé transformées en CSI type I équipées	Les rapports annuels du PDS Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans les zones d'intervention du projet Les rapports du projet (Rapports annuels, MTR et fin de projet) SNIS	

<p>R 3</p>	<p>Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.</p> <p>Peut être complété par la Baseline de maintenance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de réunions d'échange organisées par les DS appuyés sur les résultats des recherches menées sur la maintenance ; - Le pourcentage des DS appuyés ayant signé au moins deux contrats de maintenance par an ; - Le taux d'exécution du fonds de maintenance ; - Le nombre de cadres de maintenance sur place et formés ; - Le taux de réalisation des supervisions des ECD des DS appuyés par les DRSP et portant sur les activités de maintenance. 	<p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet</p> <p>Le rapport de recherche</p> <p>Les rapports des ateliers et des visites de supervision</p>	
<p>R 4</p>	<p>Résultat 4 : Les consultations foraines sont renforcées au niveau des CS transformées en CSI</p>	<p>Le taux d'utilisation contraceptive moderne au niveau des CS transformées en CSI type I</p> <p>Le taux de couverture en Penta 3 au niveau des CS transformées en CSI type I</p>	<p>Les rapports annuels du PDS</p> <p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans les zones d'intervention du projet</p> <p>SNIS</p>	
<p>R 5</p>	<p>Résultat 5 : Les compétences en matière d'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.</p>	<p>Nombre d'agents de santé formés sur les domaines prioritaires en Santé de la Reproduction (SR) dans les districts sanitaires appuyés grâce au financement du Projet</p> <p>Le taux de césarienne au niveau des HD réhabilités et équipés</p> <p>Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié au niveau des CS transformées en CSI type I</p> <p>Le taux de réalisation de la supervision des agents des CSI et de l'HD par l'ECD au niveau de chaque DS appuyé</p>	<p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet</p> <p>Les rapports du projet</p>	<p>Forte mobilité du personnel</p>
<p>R 6</p>	<p>Résultat 6 : La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés.</p>	<p>Le taux de réalisation de la supervision des agents des cases de santé transformées en CSI type par les ECD dont ils relèvent</p> <p>Le taux de complétude de rapports SNIS au niveau des DS appuyés</p>	<p>Les rapports annuels du PDS et le PAA</p> <p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet</p> <p>SNIS</p> <p>Rapports de supervision</p>	

7. Annexes

7.1. Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de la PERTINENCE : note totale		A	B	C	D
		X			
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?					
X	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
...	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
...	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.			
...	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.			
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?					
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).			
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.			
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.			
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.			

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale		A	B	C	D
		X			
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?					
X	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.			
	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.			
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.			
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.			
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?					

X	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.

2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?

	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
X	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
	C	Certains outputs ne seront pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	A	B	C	D
		X		

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
X	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?

	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
X	B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D
		X		

4.1 Durabilité financière/économique ?

A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
X C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.

4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

X A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer de produire et utiliser des résultats.
B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.

4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?

A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
X B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.

4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?

X A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

6. Aperçu des More Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	OUI
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	OUI
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Q4 2015
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Q3 2018
Missions de back-stopping depuis le 01/01/2013	16 au 21 décembre 2013

7.2. Rapport « Budget versus Actuels (y - m) »

Financial Planning of NER1203311

Project Title: **Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger**

Fin Plan Version: **2015Q1**
 Budget Version: **C02**
 Donor: **OGD**
 Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

Statut	Fin. Mode	Budget	TYV-1	Balance	COMPTES					Total	2016 to end	Est. Proj. Bst.	Est. % exec.
					G1	G2	G3	G4	G5				
A OBJECTIF SPECIFIQUE: LA													
01 Les hôpitaux de district ciblés		6 789,83	17,06	10 428,86	126,83	109,75	845,21	1 007,03	2 084,84	8 266,75	74,07	99%	
01	Conception des HD et suivi	521,78	17,06	504,72	106,35	47,21	521,95	727,84	1 403,35	5 317,32	52,15	99%	
02	Réalisation des travaux	4 590,00	0,00	4 590,00	0,00	47,21	0,00	39,24	755,85	196,72	52,15	90%	
03	Fourniture équipement	1 613,10	0,00	1 613,10	0,00	0,00	459,00	688,56	1 147,50	3 442,50	0,00	100%	
04	Fournir stock initial 5 mois	65,00	0,00	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 013,10	0,00	100%	
02 Les cases de santes et centres		2 482,18	0,00	2 482,18	0,00	36,00	0,00	0,00	0,00	65,00	0,00	100%	
01	Conception et suivi technique	225,18	0,00	225,18	0,00	36,00	48,00	183,20	267,20	2 102,80	21,18	99%	
02	Réalisation des travaux	1 632,00	0,00	1 632,00	0,00	0,00	48,00	20,00	104,00	100,00	21,18	91%	
03	Fournir de l'équipement et des	500,00	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00	183,20	103,20	1 468,80	0,00	100%	
04	Fournir stock initial 5 mois	125,00	0,00	125,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	100%	
03 Le système de maintenance des		759,81	0,00	759,81	13,46	15,51	269,22	88,96	396,15	125,00	0,00	100%	
01	Mener une Recherche Action	23,09	0,00	23,09	3,46	3,46	4,62	0,00	11,54	353,65	0,01	100%	
02	Ateliers régionaux RA	92,95	0,00	92,95	10,00	12,05	12,06	12,05	46,15	17,55	0,00	100%	
03	Appuyer le système de	563,96	0,00	563,96	0,00	0,00	249,30	74,66	325,96	46,80	0,00	100%	
04	Formation ponctuelle des cadres	15,70	0,00	15,70	0,00	0,00	2,25	2,25	4,50	240,00	0,00	100%	
05	Capitalisation/diffusion	44,11	0,00	44,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,20	0,01	100%	
04 Des consultations forams sont		225,11	0,00	225,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44,11	0,00	100%	
01 Appuyer execution consultations		235,13	0,00	235,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	224,40	0,71	100%	
05 Les compétences concernant		112,62	0,00	112,62	7,04	7,03	7,03	7,03	28,14	724,40	0,71	100%	
01 Etablir les plans sur base des		17,48	0,00	17,48	1,09	1,09	1,09	1,09	4,37	84,45	0,03	100%	
REGIE		2 999,34	611,24	2 388,00	227,65	198,51	228,91	231,68	885,75	1 376,40	125,45	96%	
COGEST		10 200,07	63,42	10 131,65	44,28	32,35	749,18	965,56	1 791,36	9 205,47	134,82	99%	
TOTAL		13 200,01	679,76	12 520,25	271,93	230,65	978,09	1 197,24	2 678,12	9 561,65	260,27	98%	



Financial Planning of NER1203311

Project Title: **Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger**

Fin Plan Version: **2015Q1**
 Budget Version: **C02**
 Donor: **OGD**
 Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

Account	Fin Modif Budget	TRV	Balance	C1	C2	C3	C4	Total	2015 to end	Est. Bar	Est. % exc.
02 Former les cadres sélectionnés	86,63	0,00	86,63	5,41	5,41	5,41	5,41	21,64	64,97	0,01	100%
03 Organiser le suivi de post.	8,51	0,00	8,51	0,53	0,53	0,53	0,53	2,15	6,37	0,01	100%
06 La supervision et le suivi	93,12	0,00	93,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	93,12	-0,00	100%
01 Appui logistique supervision	93,12	0,00	93,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	93,12	-0,00	100%
X RESERVE BUDGETAIRE	100,93	0,00	100,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,93	0%
01 Réserve budgétaire	100,93	0,00	100,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,93	0%
01 Réserve budgétaire	100,93	0,00	100,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,93	0%
Z MOYENS GENERAUX	2 696,26	662,70	3 358,96	126,11	126,11	126,11	126,11	500,45	1 313,12	81,27	97%
01 Assistant technique international	1 962,62	569,99	1 452,63	111,58	111,58	111,58	120,58	455,32	965,67	31,64	98%
02 Responsable National	849,00	200,81	639,19	36,00	36,00	36,00	45,00	153,00	479,96	6,23	99%
03 Equipe finance et administration	68,70	14,82	53,88	2,74	2,74	2,74	2,74	10,96	33,31	9,61	86%
04 Equipe technique	356,72	256,51	589,21	59,29	59,29	59,29	50,29	237,00	314,00	28,31	97%
05 Autres frais de personnel	210,43	35,49	174,99	13,59	13,59	13,59	13,59	54,36	135,10	-14,47	107%
02 Investissements	6,72	2,36	4,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,40	1,96	71%
01 Vehicules	153,60	90,15	63,45	3,90	2,18	2,68	32,50	40,96	9,47	11,12	90%
02 Equipement bureau	104,57	69,88	34,69	0,00	0,00	0,00	30,00	30,00	0,00	4,69	90%
03 Equipement IT	11,59	3,44	8,15	0,30	0,00	0,00	0,00	1,00	1,27	5,88	49%
04 Aménagements des bureaux	29,83	16,03	13,78	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00	3,00	0,78	92%
05 Frais de fonctionnement	7,63	2,80	4,83	1,00	0,18	0,18	0,50	1,66	3,20	-0,23	103%
03 Frais de fonctionnement des	335,14	54,56	330,58	30,00	11,35	18,62	19,63	75,59	230,48	24,51	94%
01 Frais de fonctionnement des	143,75	23,44	120,31	16,77	4,50	4,50	4,50	30,27	90,00	0,04	100%
RECIE	2 699,94	611,34	2 355,60	227,65	198,51	228,91	231,63	886,75	1 376,40	123,45	96%
COGEST	10 200,87	68,42	10 131,65	44,26	32,35	749,18	905,56	1 791,36	8 205,47	134,82	99%
TOTAL	13 200,81	679,76	12 520,25	271,93	230,86	978,09	1 137,24	2 678,12	9 581,86	200,27	98%



Financial Planning of NER1203311

Project Title: **Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger**

Fin Plan Version: **2015Q1**
 Budget Version: **C02**
 Donor: **DGD**
 Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

Status	Fin Mode Budget	TYV's	Balance	2015				Total	2016 to end	Est. end Proj. Bal.	Est. % excec.
				Q1	Q2	Q3	Q4				
02 Télécommunications	COGEST	36.06	31.82	1.63	1.63	1.63	1.63	6.52	23.00	2.30	94%
03 Assurance bureau multi-risque	COGEST	3.93	3.93	0.79	0.00	0.00	0.00	0.79	2.37	0.78	80%
04 Fournitures de bureau	COGEST	2.75	0.58	0.20	0.10	0.10	0.10	0.50	1.20	-1.12	141%
05 Missions	COGEST	116.20	99.89	2.50	2.50	8.77	6.28	20.04	61.95	17.90	85%
06 Frais de représentation et de	COGEST	35.00	33.67	1.00	1.00	1.00	1.00	4.00	29.00	0.67	98%
07 Formation	COGEST	7.00	6.99	0.50	0.50	0.50	1.00	2.50	2.00	2.49	54%
08 Frais de consultance	REGIE	35.00	31.24	6.50	1.00	2.00	1.00	10.50	20.00	0.74	98%
09 Frais financiers, frais bancaires	COGEST	0.65	0.54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.54	17%
10 Autres frais de fonctionnement	COGEST	4.80	1.61	0.12	0.12	0.12	0.12	0.48	0.96	0.17	96%
04 Audit et Suivi et Evaluation		155.00	149.00	0.00	0.00	0.00	21.50	21.50	109.50	18.00	88%
01 Frais de S&E	REGIE	100.00	97.93	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00	17.93	82%
02 Audits	REGIE	35.00	35.00	0.00	0.00	0.00	17.50	17.50	17.50	0.00	100%
03 Backstopping	REGIE	20.00	15.07	0.00	0.00	0.00	4.00	4.00	12.00	0.00	100%
99 Conversion rate adjustment		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0%
98 Conversion rate adjustment		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0%
99 Conversion rate adjustment		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0%
REGIE		2.999.94	2.398.60	227.65	198.51	228.91	231.58	985.75	1.376.40	125.45	96%
COGEST		10.200.07	10.131.65	44.28	32.35	749.18	985.56	1.791.36	8.205.47	134.82	99%
TOTAL		13.200.01	12.520.25	271.93	230.86	978.09	1.197.24	2.678.12	9.581.86	260.27	96%



7.3. Décisions de la SMCL du 10 novembre 2014

Proposition d'adaptation du DTF pour tenir compte de la simplification de la procédure de passation des marchés publics adoptée par la SMCL du 25 février 2014

L'adoption par la SMCL du 25 février 2014 de la proposition de simplification de la procédure de passation des marchés publics suivant le Code nigérien des MP implique d'adapter le DTF comme suit :

Au point 5.5.7 Les marchés publics, section Gestion des marchés publics, le 2^{ème} paragraphe est ainsi réécrit :

« Dans ce cadre, les MP suivront les dispositions prévues dans la Code nigérien des MP, sauf pour les dispositions relatives au contenu du dossier d'appel d'offres, à l'ouverture des plis, l'évaluation et l'attribution du marché, la signature, l'approbation et l'entrée en vigueur du marché. Ces dispositions sont applicables dans le cas où elles ne sont pas contraires aux règles ci-après :

- Pour le contenu du dossier d'appel d'offres, l'ouverture des plis, l'évaluation et l'attribution du marché : l'ouverture des plis, l'évaluation et la proposition d'attribution du marché seront assurées par une commission nommée **commission d'évaluation et d'attribution du marché** désignée par les Ordonnateurs sur proposition de la Direction du Projet. Les avis de non-objection des Ordonnateurs remplacent tout autre avis ou visa prévu par le Code nigérien des MP.
- Pour la signature, l'approbation et l'entrée en vigueur du marché : les avis de non-objection des Ordonnateurs remplacent tout autre avis ou visa prévu par le Code nigérien des MP.

Les MP seront gérés selon les modalités prévues en cogestion.

Il découle de ce qui précède que le point « Répartition des tâches en matière de gestion des MP » entre le MSP, la Représentation de la CTB et l'équipe de projet sera ainsi adapté :

DESCRIPTION / PROCESSUS	RESPONSABLE / COLLABORATEUR
Identification du besoin	PARSS/services concernés
Rédaction, envoi et publication des plans de passation	PARSS/DRFM
Préparation du DAO	PARSS/services concernés
Validation du DAO	PARSS/services concernés
Demande d'ANO sur le DAO aux Ordonnateurs	PARSS
ANO sur le DAO	CTB RR/MSP SG
Publication Avis d'appel d'offres	PARSS (délai de publicité : 45 jours calendriers)
Publication site CTB (> 22.000€) + OCDE (> 150.000€)	CTB HQ / PARSS
Vente du DAO	PARSS
Désignation de la commission d'évaluation et d'attribution du marché	Les Ordonnateurs sur proposition de la Direction du projet
Réception des offres techniques et financières des soumissionnaires	PARSS
Ouverture des dossiers d'appel d'offres	Commission d'évaluation et d'attribution du marché
Analyse des dossiers d'appel d'offres	Commission d'évaluation et d'attribution du marché
Proposition d'attribution aux Ordonnateurs	Commission d'évaluation et d'attribution du marché
Demande d'avis de non-objection à la CTB et au MSP sur le résultat et le processus	PARSS
ANO sur le processus et les résultats	CTB-RR ou CTB-HQ et MSP-SG
Information des soumissionnaires sur les résultats	PARSS
Élaboration du projet de marché	PARSS
Demande de non-objection sur le projet de contrat à la CTB	PARSS
ANO sur le projet de contrat	CTB
Transmission du projet de contrat à l'adjudicataire pour signature	PARSS
Signature du contrat	Autorité contractante, à savoir : Ordonnateur, Coordonnateur (montant supérieur à

	25 K€) Responsable, Coresponsable (montant inférieur à 25 K€)
Notification et transmission du contrat signé à l'adjudicataire	PARSS
Transmission du contrat signé à la DGI pour enregistrement	PARSS
Suivi exécution marché	DIES et PARSS
Réception des marchés publics	Autorité contractante