



REPUBLIQUE DU NIGER

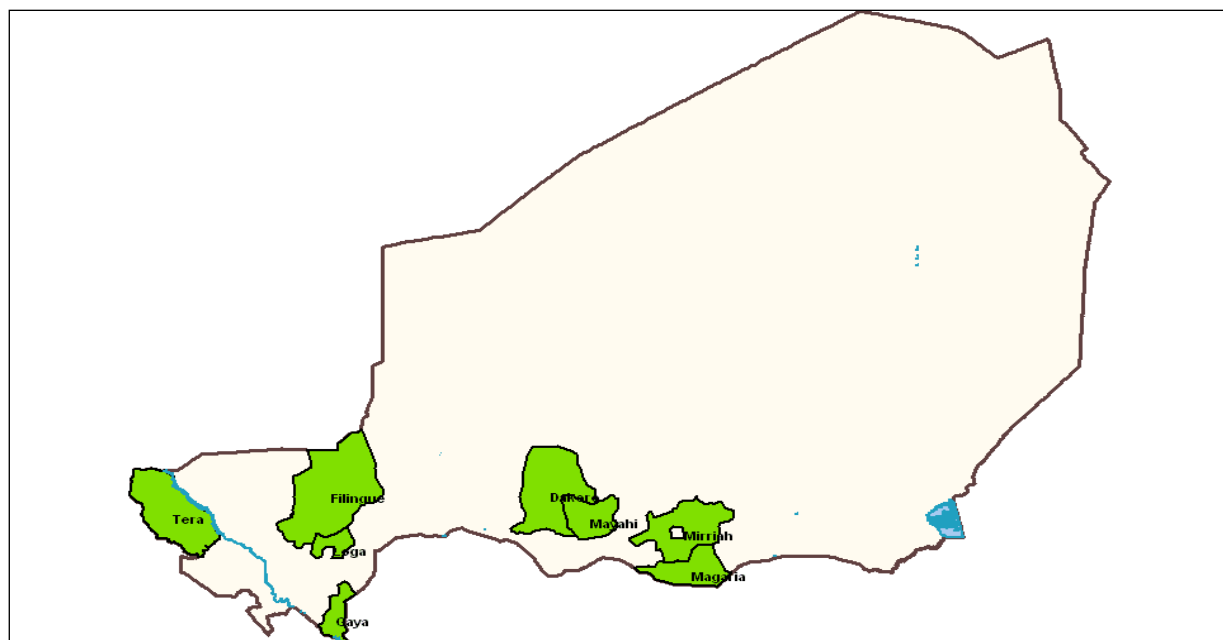
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

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

Code Navision : **NER 12 033 11**



RAPPORT DES RESULTATS 2015 *PARSS/NER 12 033 01*



Zone d'intervention du PARSS

Sommaire

1. APERÇU DE L'INTERVENTION	8
1.1 FICHE D'INTERVENTION.....	8
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE	9
1.2.1 <i>Suivi budgétaire</i>	9
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE	10
1.3.1 <i>Efficiency</i>	10
1.3.2 <i>Efficacité</i>	12
1.3.3 <i>Durabilité potentielle</i>	12
1.4 CONCLUSIONS	13
1.5 MONITORING DES RESULTATS.....	15
1.6 ÉVOLUTION DU CONTEXTE	15
1.6.1 <i>Contexte général</i>	15
1.6.2 <i>Contexte institutionnel</i>	15
1.6.3 <i>Contexte de gestion et modalités d'exécution</i>	15
1.6.4 <i>Contexte HARMO</i>	15
2. PERFORMANCE DE L'OUTCOME	17
2.0 CHOIX DEFINITIF DE CASES DE SANTE A TRANSFORMER EN CSI TYPE 1	18
2.1 ANALYSE DES PROGRES REALISES	19
2.1.1. <i>Constats</i>	20
2.2. PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	21
2.3.1. <i>État d'avancement des principales activités</i>	21
2.3.2. <i>Analyse des progrès réalisés</i>	21
2.4. PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	22
2.4.1. <i>État d'avancement des principales activités</i>	22
2.4.2. <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
<i>L'activité 1 est achevée au mois de mars 2015,</i>	22
<i>L'activité 2 est achevée au mois de juillet 2015;</i>	22
<i>L'activité 3 a démarré au mois de juillet 2015.</i>	22
<i>L'achèvement de l'activité 4 a eu lieu au mois de novembre 2015 avec un mois de retard.</i>	22
<i>Le lancement des DAO est prévu avant la fin de Q1/2016.</i>	22
<i>Le Démarrage des travaux est prévu pour le mois de mai 2016.</i>	22
<i>Le délai de réalisation est de 8 mois.</i>	22
2.5. PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	23
2.5.1. <i>État d'avancement des principales activités</i>	23
2.5.2. <i>Analyse des progrès réalisés</i>	23
2.6. PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	24
2.7. PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5	24
2.8. PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6	24
2.9. THEMES TRANSVERSAUX	24
2.9.1. <i>Genre</i>	24
2.9.2. <i>Environnement & Santé</i>	24
2.9.3. <i>Economie Sociale</i>	24
2.10. GESTION DES RISQUES.....	25
3. PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....	26
3.1. REORIENTATIONS STRATEGIQUES	26
3.2. RECOMMANDATION.....	26
3.3. ENSEIGNEMENTS TIREES	26
4. DECISIONS PRISES PAR LE SMCL ET SUIVI	27

5. APERÇU DES MORE RESULTS	28
6. ANNEXES	29
6.1. CRITERES DE QUALITE.....	29
6.2. RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	32
 MODIFICATION BUDGETAIRE.....	 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	Dossier 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	Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger (PARSS)
Code de l'intervention	NER 12 033 01
Localisation	Niger
Budget total	15 742 822 Euros dont : <ul style="list-style-type: none"> • contribution belge : 13 200 000 € (8 658 632 400 FCFA) • contribution nigérienne : 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	2015

¹ L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

1.2 Exécution budgétaire

	Budget en €	Dépenses en € au 31/12/2014	Dépenses en € année 2015	Solde en € au 31/12/2015	Taux de décaissement au 31/12/2015
Total (Partie belge)	13 200 000,00	679 758,90	823 837,82	11 696 403,28	11,39%
Résultat 1	6 789 877,00	17 063,99	241 648,75	6 531 164,26	3,81%
Résultat 2	2 482 180,00	0,00	75 959,00	2 406 221,00	3,06%
Résultat 3	739 805,00	0,00	0,00	739 805,00	0,00%
Résultat 4	225 105,00	0,00	0,00	225 105,00	0,00%
Résultat 5	112 626,00	0,00	0,00	112 626,00	0,00%
Résultat 6	93 123,00	0,00	0,00	93 123,00	0,00%
Réserve budgétaire	100 925,00	0,00	0,00	100 925,00	0,00%
Moyens généraux	2 655 359,00	662 694,91	506 230,07	1 486 434,02	44,02%
Frais de personnel	1 962 617,00	509 980,46	447 804,57	1 004 831,97	48,80%
Investissements	153 602,00	92 152,49	22 377,38	39 072,13	74,56%
Frais de fonctionnement	385 140,00	54 553,23	32 018,29	298 568,48	22,48%
Audit et Suivi Evaluation	155 000,00	6 008,71	4 029,80	144 961,49	6,48%

Les dépenses effectuées pour l'année 2015 s'élèvent à 823 837,82€ au 31 décembre 2015. Elles concernent les moyens généraux pour un montant de 506.230,07 € et 317.607,75 € pour les études architecturales, techniques et le contrôle qualité des 4 hôpitaux et 15 CSI.

1.2.1 Suivi budgétaire

En termes de prévision, il est enregistré une baisse significative au Q4/2015 par rapport au montant prévu. Cette baisse de décaissement est due en grande partie au retard accusé sur le démarrage des travaux des 4 HD, dont le montant des avances de démarrage 30% du budget (1 240 000,00 €) consacré aux travaux des 4 HD. Plus un montant de 380 000€ non décaissé suite au décalage du démarrage des activités du résultat 3 relatif à la maintenance.

1.3 Autoévaluation de la performance

	Performance
Pertinence	A

La stratégie belge à travers ce projet d'appui et renforcement du système de santé (PARSS), s'inscrit parfaitement dans les différentes politiques et dans les plans nationaux du MSP à travers l'alignement du projet e 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'intervention du projet à travers son objectif spécifique : « **La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.** », qui est le premier résultat du PDS 2011-2015.

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 (R1 et R2) portant sur la réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires équipées (4 HD+15 CSI type1), consommant à eux seul 70% du budget total de la contribution belge, équivalant à 13 200 000 €.

Le projet, après une enquête sur la couverture sanitaire au niveau des régions concernées par l'intervention, a proposé la meilleure combinaison avec un haut impact en termes de gains sur la couverture sanitaire et une incidence favorable sur la qualité et la couverture des principaux soins de santé dans les districts bénéficiaires.

1.3.1 Efficiences

	Performance
Efficiences	B

Les faits saillants ayant marqué l'année 2015 ont porté sur les réalisations suivantes :

- La validation par la SMCL du rapport d'enquête sur les indicateurs de couverture sanitaire sur les 4 régions d'intervention du PARSS ;
- La validation par la SMCL du Rapport résultats 2014 et la planification 2015;
- La finalisation des Schémas Directeurs des HD avec le consultant ;
- La validation par la SMCL de la proposition du projet et du partenaire de la liste des 15 cases de santé à transformer en CSI ;
- Le recrutement des consultants chargés des études architecturaux et techniques et du contrôle des travaux des 4 HD et 15 CSI ;
- Le recrutement du bureau chargé du contrôle qualité et technique des études et travaux des HD à construire ;
- L'achèvement des études architecturales et techniques des 4 HD et 15 CSI ;
- La validation par le SMCL de la proposition de modification budgétaire pour les travaux des 3 HD ;
- La publication des avis de marché des travaux de construction et de réhabilitation des 4 HD ;
- La finalisation des DAO relatifs aux travaux de transformation des 15 cases de santé en CSI ;
- La réalisation d'un état des lieux de la maintenance dans la région de Dosso par une mission conjointe UGP/MSP ;
- La mise en place des deux comités (comité de pilotage et comité technique) et le démarrage des travaux de la Recherche Action sur la problématique de la maintenance dans le cadre du résultat 3 ;
- La participation aux travaux annuels des PAA/MSP et le suivi de la planification au niveau des Districts ;
- La clôture technique et financière des dossiers du PFAS (travaux de réhabilitation des 4 HD) ;
- La réalisation de deux missions d'appui sur la problématique de la maintenance par l'expert de la cellule santé du siège CTB ;

- La participation à la mission d'appui réalisée par l'équipe contrôle gestion (Controlling) du siège ;
- La signature d'un avenant entre les projets PARSS et PAI pour assurer certaines prestations de services au PAI du RAFI et l'EMPN;
- Le recrutement d'un nouveau expert en marché public national, suite à la démission de l'ancien expert en juillet 2015;
- La tenue de réunions du RR et DEP avec l'équipe de projet pour renforcer l'esprit de collaboration ;
- La demande officielle et plaidoyer continu auprès du partenaire pour qu'un mois avant l'achèvement des travaux de chaque établissement de santé construit qu'un nombre adéquat de travailleurs de la santé formés soit affecté à chacune de ces structures.

Le rendement et la performance du consultant **TEGS** (contrat cadre siège), engagé pour l'élaboration des schémas directeurs des 4 HD, n'ont pas été à la hauteur de ce bureau international. La qualité de son livrable est jugée pour l'essentiel en dessous de la moyenne avec un retard de 6 mois pour le projet qui a eu comme conséquence le démarrage tardif des prestations des deux consultants chargés des études architecturales et techniques. Cause pour laquelle le contrat - cadre de **TEGS** a été résilié sur l'ensemble des interventions pays de la CTB.

Par ailleurs, la qualité des livrables des deux bureaux d'études recrutés pour les études architecturales et techniques et le contrôle des 4 HD, a été jugée satisfaisante par l'UGP, le partenaire et l'Expert Infrastructures du siège lors de sa mission de backstopping de Mai 2015.

En ce qui concerne les activités et sous activités de R3 « **Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé** », la mise en œuvre de ce résultat complexe n'a pas eu lieu pour le principal motif :

- **Non affectation à ce jour par le MSP des Ressources humaines (4 Ingénieurs biomédicaux) au niveau des quatre DRSP « Directive du DTF ».**

Malgré cette contrainte, le projet a décidé de démarrer les activités de ce résultat avec la création d'un comité de pilotage et d'un comité technique au mois de juillet 2015. Le comité technique composé de membres du MSP, des projets PARSS et PAI avec l'appui de l'expert santé siège a été chargé d'élaborer la feuille de route et l'agenda. Les résultats sont attendus avant la fin du Q1/2 016 et seront soumis au comité de pilotage pour approbation.

D'une manière générale les fonds, les expertises et la disponibilité des membres de l'UGP ont contribué à l'atteinte des objectifs des deux directions DIES et DEP. Cependant il a été observé une insuffisance de participation due au sous-effectif de la DIES.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	B

Le résultat 2 : « Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés » avec comme impact l'augmentation du taux de couverture sanitaire, est le plus important, après le résultat 1.

Pour ce résultat, 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 leurs actualisations sur la base des données des référentiels des coûts de construction 2015 de la Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires (DIES). Il faut noter que cette révision a eu une incidence significative sur le nombre de case de santé à transformées en CSI type 1 qui passe de 25 prévues à 15 à réaliser.

Malgré cette baisse du nombre des cases à transformer, l'objectif spécifique reste toujours réalisable et cohérent. Après enquête sur le terrain réalisée sur la situation de la carte sanitaire dans les 4 régions d'intervention du projet, qui a donné des résultats fiables ayant permis de proposer aux partenaires les zones prioritaires et à forte valeur ajoutée en termes de gains sur l'évolution des taux de la couverture sanitaire à l'horizon 2017.

Pour le R1, une modification budgétaire a été fait afin d'actualiser les coûts des constructions neuves (3 HD). Les ratios de 2010 ont été revues à la hausse de 600 €/m² à 716 €/m².

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

Malgré une communication de proximité sur les aspects participatifs, organisationnels et décisionnels avec la direction de rattachement technique (la DIES) et compte tenu de l'intensité des activités menées par l'UGP une faible disponibilité de la DIES a été constatée. Le projet souhaite plus d'implication de la part de cette dernière conformément aux directives du DTF.

1.3.3 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	C

Le projet a privilégié un travail essentiellement avec les structures concernées et a évité autant que faire se peut l'appel à des consultants externes ce qui a permis une appropriation par les bénéficiaires du projet. De plus, lorsque l'appel à des consultants a été inévitable, le projet a insisté pour que les structures bénéficiaires soient impliquées du début à la fin du processus.

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

- La faible mobilisation des ressources de la part du budget national alloué au secteur de la santé qui reste en moyenne autour de 6% ces 3 dernières années, alors que l'engagement d'Abuja était de 15% ;
- La dépendance récurrente du partenaire à l'aide de développements constitue une faiblesse qui ne permet pas de garantir la pérennité des acquis (infrastructures de santé) après la clôture du projet ;
- Le Gouvernement du Niger a amorcé le processus de la décentralisation avec le transfert des compétences et ressources de l'Etat aux collectivités territoriales, qui reste encore insuffisant car des difficultés dans sa mise en application existent ;
- Une insuffisance de la supervision, du suivi et de la coordination entre les niveaux central et régional sur le plan de la maintenance ;
- Les faibles ressources (humaines, financières et matérielles) allouées à la maintenance au niveau régional ;
- L'absence totale de la culture partenariat public – privé dédié à la maintenance des infrastructures sanitaires ;

Pour préserver une durabilité des infrastructures et équipements à moyen et long termes, une évolution du contexte actuel est inévitable et passe par un changement radical de la culture de maintenance avec une nouvelle vision sur la conservation des acquis. Il est certain qu'une amélioration de la maintenance rendra à coup sûr le fonctionnement de ces acquis durable.

Le projet dans sa première et deuxième année a réalisé conformément au DTF, des actions à travers son résultat 3, « **Le système de maintenance des infrastructures, équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé** » dont un aperçu :

- Enquête et constat général réalisé par l'UGP sur la situation actuelle de la maintenance des infrastructures sanitaire à Dosso pour servir de base à la RAM;
- Création des deux comités de pilotage et technique pour résoudre la problématique de maintenance des infrastructures sanitaires avec une feuille de route comportant les thématiques suivantes :
 - Mener une Recherche-Action sur le système de maintenance actuelle (document de travail : rapport UGP sur Dosso).
Résultat attendu selon le protocole de la RA et les différentes étapes ci-dessous, proposer des alternatives au modèle actuel de maintenance au plus tard avant la fin mars 2016;
 - Recruter un consultant pour appuyer le comité technique dans la mise en œuvre du nouveau modèle;
 - Etablir une Baseline spécifique et mise en place du monitoring ;
 - Organiser un atelier d'échange avec les niveaux concentré et déconcentré ;
 - Mettre en œuvre un nouveau modèle de maintenance.
- Multiples plaidoyers auprès du partenaire pour la mise en place du pool technique chargé de la maintenance des infrastructures au niveau des DRSP ;

Enfin, le projet est convaincu que tous les acquis (infrastructures et équipements), peuvent être durables, à condition que les mesures qui s'imposent soient prises avant la fin du projet.

1.4 Conclusions

Au terme de sa deuxième année, l'exécution des résultats du projet progressent avec un rythme « satisfaisant » dont un bref constat :

- La validation par la SMCL de la modification budgétaire portant sur l'actualisation du budget alloué à la construction des 3 nouveaux HD pour éviter le risque de dossiers infructueux ;
- La validation des schémas directeurs des 4 HD ;
- La réalisation des différentes enquêtes sur le terrain concernant la maintenance et la couverture sanitaire ;
- La réalisation de l'étude architecturale et technique des 4 HD ;
- La publication des avis de marché des travaux de construction et de réhabilitation des 4 HD ;
- La réalisation des études architecturales et technique des 15 CSI ;
- La finalisation du DAO et la préparation de la publication des avis de marché des travaux des CSI.
- La clôture technique et financière des dossiers du PFAS (travaux de réhabilitation des 4 HD) ;
- La programmation opérationnelle de certaines activités a accusé un léger retard sur le calendrier prévu de 2015;
- Le recrutement d'un nouveau expert en marché public national, suite à la démission de l'ancien expert en juillet 2015;

Par ailleurs, il est important de signaler les résultats du concours de recrutement des agents (des ingénieurs biomédicaux) lancé au mois de juin 2015, n'est toujours pas publié. Ceci pourrait retarder la mise en œuvre des activités de la maintenance.

Afin de palier à ce risque majeur, des pistes seront présentées par le projet au SMCL avant la fin du Q2/2016 avec des propositions de modifications sur R3. Notamment la contractualisation du poste des deux (2) OPM des nouveaux districts et les ingénieurs ou techniciens supérieurs au niveau régional jusqu'au recrutement de ces derniers par le MSP.

Budget Prévu sur R3 : 739 805 €

Pour la maintenance, deux pistes seront discuté à savoir :

1) **Externalisation de la maintenance :**

- négocier de contrat de maintenance avec des tiers (sous-traitances) de la maintenance préventive des équipements biomédicale des infrastructures construites par le projet (3HD) sur une période de 3 ans avec les fournisseurs d'équipements ou autres. Période d'attribution : dès la fin de la période de garanties, coût à prévoir 6% de la valeur acquise des EMT soit 216 000€.

2) **Formation poussée de 9 OPM :**

- Former et équiper 9 OPM sur les aspects de la maintenance préventive des corps d'état secondaires : électricité dont Groupe électrogène, froid, climatisation et plomberie et etc... ; coût 45 000 €.
- Le reste du budget 478 000 € sera alloué à R2 avec la construction de 3 nouveaux CSI.

Fonctionnaire exécution nationale RN/MSP ²	Fonctionnaire exécution ATI/CTB ³
Dr Hama SOUMANA	Jalel KEDIMI



² Nom et signature

³ Nom et signature

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.

A ce propos, l'enquête de terrain réalisé par le projet en collaborations avec le SNIS et la DEP au mois de novembre 2014 et finalisé début 2015 sur les 4 régions concernées par le projet, cela avait permis d'actualiser et de définir la valeur de la situation de référence et les indicateurs de l'extension de la couverture sanitaire au niveau de la matrice Baseline.

1.6 Évolution du contexte

1.6.1 Contexte général

Le PARSS, comme le PAI 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 avec le PAI (Appui institutionnel au Ministère de la Santé). Ces deux 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 sur terrain avec escorte dans certaines régions d'intervention limite fortement les possibilités de suivi rapproché par l'ATI co-responsable de projet.

1.6.2 Contexte institutionnel

La 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.

1.6.3 Contexte de gestion et 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 de la DEP et DIES ont été désignés.

Le Responsable et Coresponsable assurent mutuellement la direction et la gestion de l'exécution du projet conformément aux modalités de mise en œuvre de la cogestion et de la régie.

1.6.4 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 infantile 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 santé de la reproduction (axe N° 2) ;
- le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux (axe N° 6).
- Le PARSS et PAI suivent le cycle de planification annuelle du MSP au niveau régionale et centrale.

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 et le Fonds Commun d'appui au PDS).

Le PDS 2011-2015 étant à sa fin le PARSS s'aligne sur la décision prise entre les partenaires du MSP relativement à la mise en œuvre des activités de 2016 en attendant la validation nouveau PDS 2016-2020.

L'enquête réalisée par le projet en collaboration avec le SNIS et la DEP a été évaluée 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)

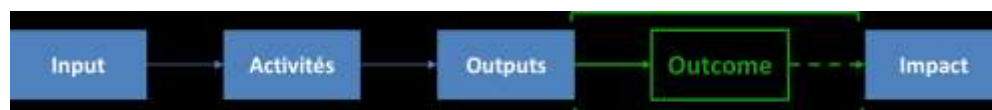
Arrivé aux termes de son programme, le projet PFAS n'est pas arrivé à démarrer les activités des travaux de réhabilitation des 3 HD sur 4 programmés pour de multiples raisons.

Après concertation entre projets, RR/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 31/12/2015 est le suivant :

- **HD de Doutchi** : Réception définitif des travaux prononcée sans réserve ;
- **HD de Say** : Réception provisoire des travaux prononcée sans réserve ;
- **HD d'Ouallam** : Réception provisoire des travaux prononcée sans réserve ;
- **HD de Niamey 3** : Réception provisoire des travaux prononcée sans réserve.

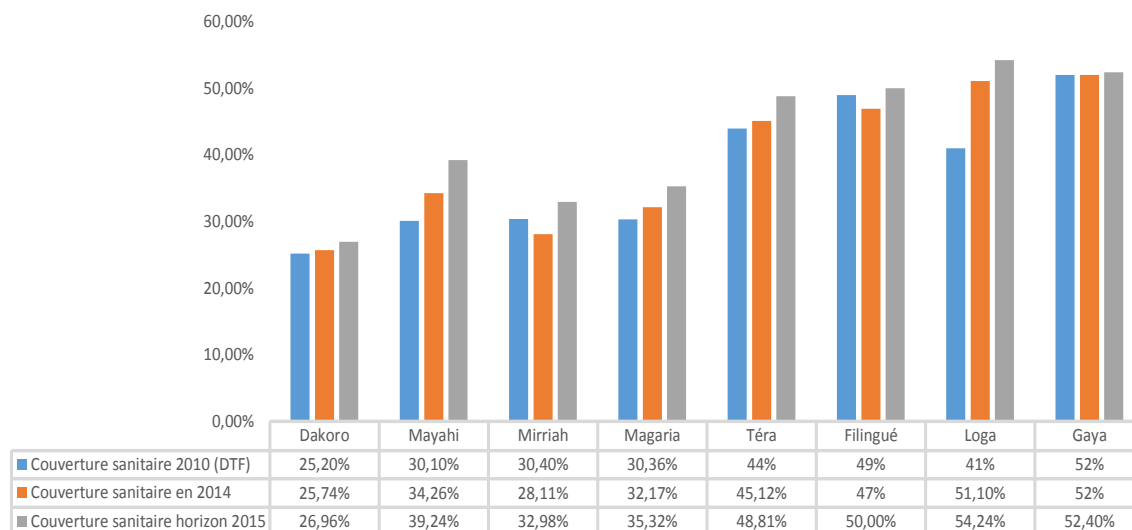
Suite à ces réceptions techniques, le PARSS a pu clôturer le volet financier des 4 HD du PFAS en 2015.

2. Performance de l'Outcome



Il est ressorti de l'analyse de la situation de la couverture sanitaire les évolutions suivantes :

Evolution de la couverture sanitaire des districts (anciens) de la zone du projet de 2010 à 2015 avec les financements acquis (sans apport du PARSS)



couvertures sanitaires des nouveaux districts de la zone du projet en 2014 et horizon 2015 (sans apport du PARSS)

Districts (nouveau découpage)	Population 0 - 5 km (2014)	Population Totale (2014)	Couverture Sanitaire 2014	Couverture attendue Horizon 2015 avec les réalisations en cours
Mirriah	132369	426775	31,02	36,82
Takiéta	54155	212880	25,44	34,78
Damagaram Takaya	55558	221415	25,09	25,09
Magaria	150134	491549	30,54	33,03
Dungass	97290	277576	35,05	41,45
Dakoro	173595	674356	25,74	28,63
Mayahi	206204	601807	34,26	39,24
Téra	145917	319485	45,67	45,67
Gothèye	118083	319692	48,70	54,22
Bankilaré	14286	54774	26,08	26,08
Filingué	152517	332969	45,81	
Abala	50640	134312	37,70	
Balleyara	80508	137083	58,73	
Loga	104012	203354	51,10	54,24
Gaya	161526	281029	57,00	57,00

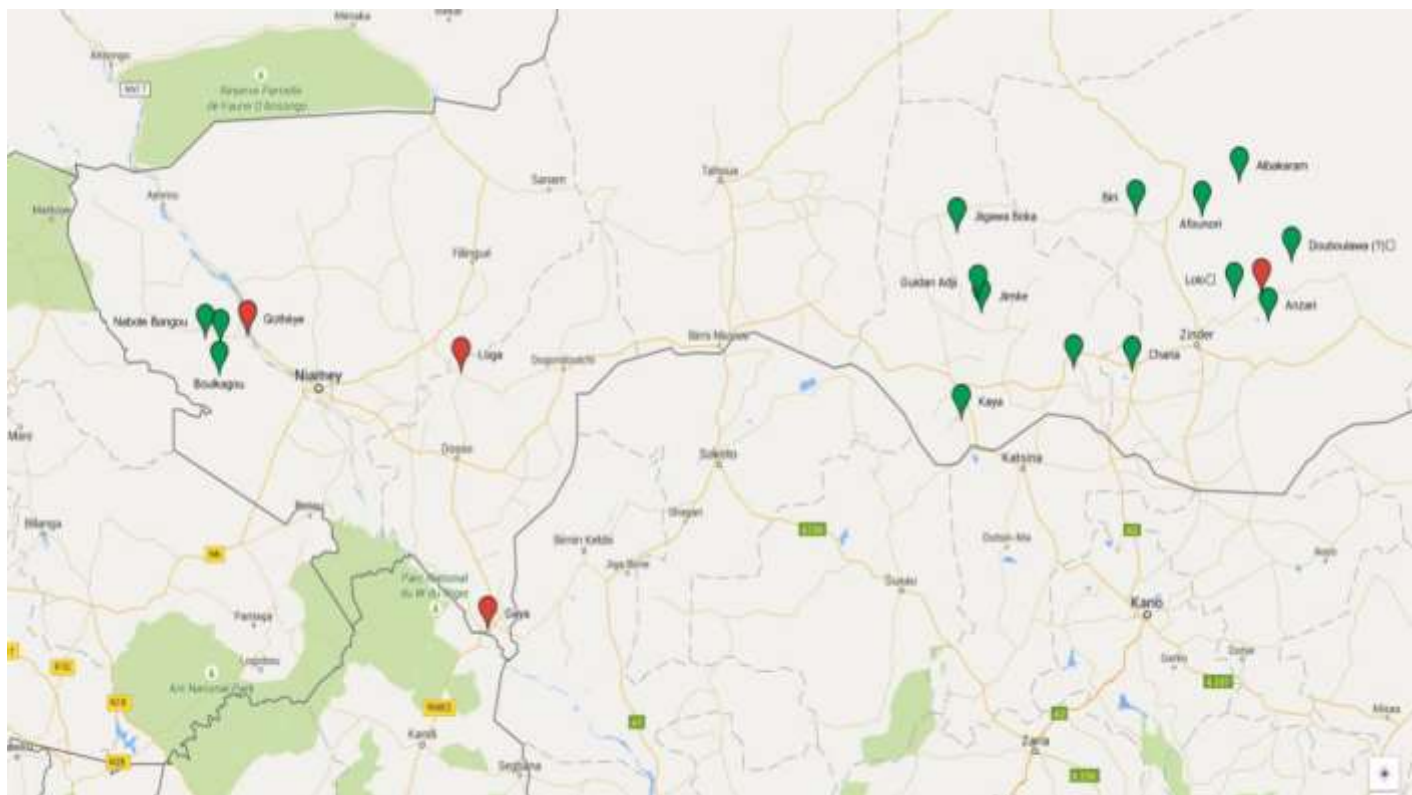
Apport du PARSS dans l'extension de la couverture sanitaire des districts ciblés

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

INDICATEURS	Valeur de la <i>Baseline</i> 2010 (DTF)	Valeur 2015 (autres financements)	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>						
Gothèye	Non renseigné	54,22	-	-		61,98%
Dakoro	25,2 %	28,63	-	-	-	33,09 %
Mayahi	30,0%	39,24	-	-	-	41%
Damagaram Takaya	Non renseigné	25,09		-	-	39,49 %

2.0 Choix définitif de cases de santé à transformer en CSI type 1

DAKORO
Jigawa Boka
Kalgo
Kaya
Adja
Mayahi
Jimké
Damagaram Takaya
Doublawa
Lolo
Afounori Kintafo
Albarkaram
Anzari
Biri
Chagna
Téra & Gothey
Nabolé
Boukagou
Gueriel
NB : Choix définitif validé par la SMCL de cases à transformer selon les critères du PDS dont entre autres la faiblesse de la couverture sanitaire du district, le gain en couverture de la CS à transformer....



2.1 Analyse des progrès réalisés

En matière d'objectifs spécifique, le PARSS garde son objectif, qui reste pertinent : La couverture sanitaire² est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.

a) Etudes Architecturales et techniques de CSI

A la date de ce rapport les études architecturales et techniques des 15 cases de santé à transformer en CSI sont achevées ainsi que la préparation du lancement du DAO travaux. Le démarrage des travaux est prévu pour début de mois de mai 2016.

b) Baseline projet

Deux ans après le démarrage du projet hormis les études architecturales et techniques et le lacement des DAO travaux et qui sont achevés fin 2015, il n'est pas possible d'apprécier les indicateurs de la matrice Baseline, car ces derniers ne peuvent pas évoluer tant que les travaux d'infrastructures non pas démarrés. Par ailleurs, la Baseline spécifique dédié à la maintenance des infrastructures sanitaires, accuse un retard important suite aux problèmes décrits plus haut liés au démarrage du résultat 3, mais après consensus avec le partenaire elle sera prête au Q2/2016.

c) Actualisation de la situation de référence

L'enquête de terrain réalisée au mois de novembre 2014 à janvier 2015 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 projet, a été évalué comme excellent tant au niveau central (par le ministère), 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.

² 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

2.1.1. Constats

Pour accroître durablement la couverture des interventions sanitaires à haut impact sur les populations, l'accessibilité géographique de la population à moins de 5 km au paquet minimum d'activités et traduite par la construction des centres de santé, contribueraient significativement à la réduction de la mortalité des moins de cinq ans.

Au cours des trois dernières années du PDS, la couverture sanitaire n'a pas réalisé des progrès notables.

Principalement cela résulte essentiellement à une faible capacité d'absorption de la part du partenaire des budgets alloués aux réalisations des centres de santé.

A juste titre, le PDS (2010-2015) a ambitionné de transformer 197 cases en CSI, hors seul 14 ont pu être réalisés à fin 2015.

2.2. Performance de l'output 1



Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	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 ³	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. Achèvement des études architecturales, techniques 4 HD			X	
6. Lancement des DAO travaux et choix des entreprises			X	
7. Démarrage des travaux				

2.3.2. Analyse des progrès réalisés

L'activité 1 a accusé un retard de 6 mois pour la remise des Schémas Directeurs des 4 HD par le consultant TEGS (contrat cadre siège). Ce livrable en question conditionne le démarrage de l'activité 4. Des mesures correctives (validation du volet génie civil) ont été prises pour remédier à cette insuffisance.

Les activités de 2 à 3 ont été réalisées en majeure partie dans les délais impartis.

Le démarrage effectif de l'activité 4 a eu lieu au mois Mars 2015 au lieu d'octobre 2014.

L'achèvement de l'activité 5 a eu lieu au mois d'octobre 2015 avec 2 mois de retard.

Le démarrage des travaux est prévu avant la fin du Q1/2016.

Le délai de réalisation est de 17 mois.

³ 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. 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 construits et équipés	0 %	-	-	-	100 %

2.4.1. État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Réalisation de l'enquête de ciblage des 15 CSI et choix définitif 15		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		X		
4. Achèvement des études architecturales		X		
5. Lancement des DAO travaux et choix des entreprises				
6. Démarrage des travaux				

2.4.2. Analyse des progrès réalisés

L'activité 1 est achevée au mois de mars 2015,

L'activité 2 est achevée au mois de juillet 2015;

L'activité 3 a démarré au mois de juillet 2015.

L'achèvement de l'activité 4 a eu lieu au mois de novembre 2015 avec un mois de retard.

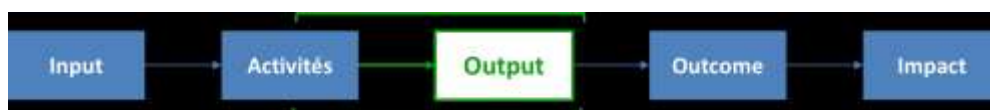
Le lancement des DAO est prévu avant la fin de Q1/2016.

Le Démarrage des travaux est prévu pour le mois de mai 2016.

Le délai de réalisation est de 8 mois.

⁴ 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. 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 Baseline	Valeur année N-1	Valeur sur année N	Cible année N	Cible finale
Ramener la maintenance curative à 25% et la maintenance préventive à 75%	0 %	-	-	-	

2.5.1. État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Enquête et constat générale réalisé par l'UGP sur la situation actuelle de la maintenance des infrastructures sanitaire à Dosso;	X			
2. Réalisation du protocole de Recherche action autour de la maintenance et analyse de la situation de base			X	
3. Réalisation de la Baseline spécifique à la maintenance			X	
4. Recrutement d'un consultant pour appuyer la recherche action			X	
5. Atelier d'échange avec les niveaux concentré et déconcentré			X	
6. Mise en œuvre du nouveau modèle de la maintenance.			X	

2.5.2. Analyse des progrès réalisés

a) Problématique de la maintenance des infrastructures sanitaires

La mise en œuvre des activités de 2 à 6 n'ont pas eu lieu à temps pour le seul motif :

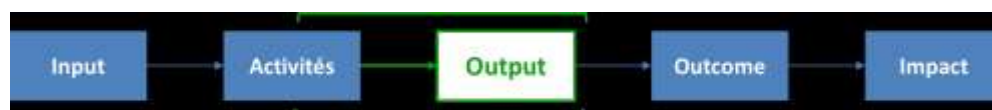
- Insuffisance de la participation du partenaire due au sous-effectif des ressources humaine.

- **Le non recrutement à la date de ce rapport par le MSP des Ressources humaines (4 Ingénieurs biomédicaux et techniciens) au niveau des quatre DRSP « Directive du DTF ».**

Malgré cette contrainte, le projet a décidé de démarrer ces activités avec la création d'un comité de pilotage et technique au mois de juillet 2015. Le comité technique composé de membres du MSP et des projets PARSS et PAI avec l'appui de l'expert santé siège sont chargés d'élaborer la feuille de route et l'agenda de travail. Le démarrage effectif des travaux du comité technique à commencer au Q2/2015 pour les activités (2à 6) et les résultats sont attendus avant la fin du Q1/2016.

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.

2.6. Performance de l'output 4



Analyse situationnelle de départ

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



Analyse situationnelle de départ

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



Analyse situationnelle de départ

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 réalisé dans le cadre des études techniques des infrastructures sanitaires.

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	Statu
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	Communication continue avec RR	En cours
Dépassement budgétaire et impossibilité de financer la construction et réhabilitation des 4HD	août-15	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Proposition de modification budgétaire, des demandes d'accords auprès du siège CTB et par lettre tournante auprès des membres du SMCL	ATI et RAFI	Q3 & Q4/2015	Accords du siège CTB et SMCL	Terminé Terminé
Retards dans la remise par les BET des DAO travaux 4 HD de deux mois	oct.-15	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Lettre de relance auprès des bureaux d'études pour accélérer la remise des DAO	UGP	Q4 2015	Continu	Nouveau
Le non recrutement depuis 2 ans des 4 ingénieurs biomédicaux chargés de la maintenance aux niveaux des 4 DRSP avec un risque majeur de non démarrage des activités de R3 au Q1/2016.	déc.-15	OPS	Medium	High	High Risk	Plaidoyer continu et suivi avec DRH/MSP	RN	Q1/2016	Continu	En cours
Non mise en œuvre du R3 (Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé).	oct.-15	OPS	Medium	High	High Risk	Malgré le plaidoyer du projet auprès du partenaire, les comités mis en place ne sont pas opérationnels et peu impliqués pour des raisons quelconques. Le projet est en train de trouver d'explorer d'autres pistes pour mieux cerner la problématique de la maintenance	PARSS/PAI/MSP	Q4 2015	Fin décembre 2015	En cours

3. Pilotage et apprentissage

3.1. Réorientations stratégiques

RAS

3.2. Recommandation

RECOMMANDATIONS	ACTEUR	DATE LIMITE
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/MSP	Q2 - 2016
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

3.3. Enseignements tirés

RAS.

4. Décisions prises par le SMCL et suivi

Décision					Action			Suivi	
N°	Décision	Periode d'identification (mmm.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.	nov-14	PV SMCL du 10 Novembre 2014	Membres SMCL	Programmation des AE/AF à proposer au prochain SMCL	Responsables du Projet	févr-15	Le DTF n'a pas prévu cette action, donc cette recommandation est clôturée	CLOSED
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 par	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
8	La direction du PARSS demande aux membres de la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) par lettre tournante de bien vouloir approuver la modification budgétaire consistant à augmenter la ligne budgétaire A_01_02 Réalisation des travaux de 800.000 euros par la diminution du même montant de la ligne budgétaire A_01_03 Fourniture de l'équipement biomédical, des meubles aux hôpitaux de district et du matériel logistique.	sept-15	Lettre tournante adressée aux membres de la SMCL	Membres SMCL	Immédiat	UGP	sept-15	Réalisé	CLOSED

5. Aperçu des More Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	OUI
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Q1 2016
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Q3 2018
Controlling siège : Q3/2016	1
Missions de backstopping infra/siège : Q2/2015	1
Missions de backstopping EST siège : Q2/2015 et Q4/2015	2

6. Annexes

6.1. 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.		

Développement

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 ?				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
X	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 ?				

	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
X	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 minimales 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 ?

x	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.
	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).				
<i>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</i>				
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 ?				
	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.		
X	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 gêné 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 ?				
	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).		
X	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.		

6.2. 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: **2016Q1**

Budget Version: **C02**

Donor: **DGD**

Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

Status	Fin Mode	Budget	TtY-1	Balance	2016				Total	2017 to end	Est. end Proj. Bal.	Est. % exec.	
					Q1	Q2	Q3	Q4					
A	OBJECTIF SPECIFIQUE: LA	10.442,72	334,67	10.108,05	581,24	1.541,13	1.085,19	1.163,04	4.470,60	5.539,75	97,69	99%	
	01 Les hôpitaux de district ciblés	6.789,88	258,71	6.531,17	556,45	1.348,56	339,60	479,87	2.724,48	3.783,86	22,83	100%	
	01 Conception des HD et suivi	REGIE	521,78	258,71	283,07	35,28	42,42	42,42	162,54	77,70	22,82	96%	
	02 Réalisation des travaux	COGEST	4.590,00	0,00	4.590,00	521,17	1.306,14	297,18	437,45	2.561,94	-800,00	117%	
	03 Fourniture équipement	COGEST	1.613,10	0,00	1.613,10	0,00	0,00	0,00	0,00	813,10	800,00	50%	
	04 Fournir stock initial 5 mois	COGEST	65,00	0,00	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00	0,00	100%	
	02 Les cases de santé et centres	2.482,18	75,96	2.406,22	16,79	277,91	612,47	559,30	1.466,46	891,26	48,51	98%	
	01 Conception et suivi technique	REGIE	225,18	75,96	149,22	16,79	16,79	16,79	67,15	33,58	48,50	78%	
	02 Réalisation des travaux	COGEST	1.632,00	0,00	1.632,00	0,00	261,12	595,68	352,51	1.209,31	422,68	0,01	100%
	03 Fournir de l'équipement et des	COGEST	500,00	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00	150,00	350,00	0,00	100%	
	04 Fournir stock initial 5 mois	COGEST	125,00	0,00	125,00	0,00	0,00	0,00	40,00	85,00	0,00	100%	
	03 Le système de maintenance des	739,81	0,00	739,81	8,00	14,66	72,59	27,66	122,91	616,88	0,02	100%	
	01 Mener une Recherche Action	REGIE	23,09	0,00	23,09	3,00	3,00	3,00	3,00	11,09	0,00	100%	
	02 Ateliers régionaux RA	COGEST	92,95	0,00	92,95	5,00	11,66	15,66	8,66	40,98	51,97	0,00	100%
	03 Appuyer le système de	COGEST	563,96	0,00	563,96	0,00	0,00	53,93	16,00	69,93	494,03	0,00	100%
	04 Formation ponctuelle des cadres	COGEST	15,70	0,00	15,70	0,00	0,00	0,00	0,00	15,70	0,00	100%	
	05 Capitalisation/diffusion	COGEST	44,11	0,00	44,11	0,00	0,00	0,00	0,00	44,10	0,01	100%	
	04 Des consultations foraines sont	225,11	0,00	225,11	0,00	0,00	0,00	80,15	80,15	144,95	0,01	100%	
	01 Appuyer exécution consultations	COGEST	225,11	0,00	225,11	0,00	0,00	0,00	80,15	80,15	144,95	0,01	100%
	05 Les compétences concernant	112,62	0,00	112,62	0,00	0,00	0,00	11,99	11,99	74,31	26,32	77%	
	01 Etablir les plans sur base des	COGEST	17,48	0,00	17,48	0,00	0,00	0,00	1,17	2,33	13,99	20%	
	REGIE	2.999,94	1.389,45	1.610,49	190,27	212,51	172,51	133,67	708,94	749,08	152,47	95%	
	COGEST	10.200,07	114,11	10.085,96	553,80	1.605,68	1.049,68	1.129,94	4.339,09	5.597,36	149,49	99%	
	TOTAL	13.200,01	1.503,56	11.696,45	744,07	1.818,19	1.222,17	1.263,61	5.048,03	6.346,46	301,96	98%	



Financial Planning of NER1203311

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

Fin Plan Version: **2016Q1**
 Budget Version: **C02**
 Donor: **DGD**
 Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

	Status	Fin Mode Budget	TtY-1	Balance	2016				Total	2017 to end	Est. end Proj. Bal.	Est. % exec	
					Q1	Q2	Q3	Q4					
02 Former les cadres sélectionnés		COGEST	86,63	0,00	86,63	0,00	0,00	0,00	10,83	10,83	64,98	10,83	88%
03 Organiser le suivi de post-		COGEST	8,51	0,00	8,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	1,51	82%
06 La supervision et le suivi			93,12	0,00	93,12	0,00	0,00	60,53	4,07	64,60	28,50	0,02	100%
01 Appui logistique supervision		COGEST	93,12	0,00	93,12	0,00	0,00	60,53	4,07	64,60	28,50	0,02	100%
X 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%
01 Réserve budgétaire		COGEST	100,93	0,00	100,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,93	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			2.656,36	1.168,89	1.467,47	162,83	177,05	136,98	100,56	577,43	806,70	103,34	95%
01 Frais de personnel			1.962,62	957,79	1.004,83	110,02	109,04	108,97	70,05	398,08	538,55	68,21	97%
01 Assistant technique international		REGIE	840,00	359,40	480,60	41,71	41,71	41,71	41,71	166,83	311,14	2,62	100%
02 Responsable National		COGEST	68,70	25,87	42,83	2,82	2,74	2,67	2,59	10,82	19,34	12,67	82%
03 Equipe finance et administration		REGIE	836,72	477,97	358,75	50,76	50,76	50,76	11,92	164,20	128,28	66,27	92%
04 Equipe technique		REGIE	210,48	90,07	120,41	13,83	13,83	13,83	13,83	55,32	79,79	-14,69	107%
05 Autres frais de personnel		REGIE	6,72	4,48	2,24	0,90	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	1,34	80%
02 Investissements			153,60	114,53	39,07	8,50	1,20	1,20	1,20	12,10	37,70	-10,73	107%
01 Véhicules		REGIE	104,57	70,11	34,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,00	4,46	96%
02 Equipement bureau		REGIE	11,59	5,50	6,09	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	4,00	-1,91	116%
03 Equipement IT		REGIE	29,81	33,94	-4,13	6,50	0,00	0,00	0,00	6,50	3,00	-13,63	146%
04 Aménagements des bureaux		COGEST	7,63	4,98	2,65	1,00	0,20	0,20	0,20	1,60	0,70	0,35	95%
03 Frais de fonctionnement			385,14	86,54	298,60	26,81	26,81	26,81	29,31	109,75	172,95	15,89	96%
01 Frais de fonctionnement des		COGEST	143,75	26,28	117,47	10,00	10,00	10,00	10,00	40,00	70,00	7,47	95%
		REGIE	2.999,94	1.389,45	1.610,49	190,27	212,51	172,51	133,67	708,94	749,08	152,47	95%
		COGEST	10.200,07	114,11	10.085,96	553,80	1.605,68	1.049,66	1.129,94	4.339,09	5.597,38	149,49	99%
		TOTAL	13.200,01	1.503,56	11.696,45	744,07	1.818,19	1.222,17	1.263,61	5.048,03	6.346,46	301,96	98%



Financial Planning of NER1203311 - Budget - 2016Q1 - 2016Q1

Page: 2

Financial Planning of NER1203311

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

Fin Plan Version: **2016Q1**

Budget Version: **C02**

Donor: **DGD**

Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

	Status	Fin Mode	Budget	TtY-1	Balance	2016				Total	2017 to end	Est. end Proj. Bal.	Est. % exec.
						Q1	Q2	Q3	Q4				
02 Télécommunications		COGEST	36,06	7,61	28,45	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00	18,00	2,46	93%
03 *Assurance bureau multi-risque		COGEST	3,93	0,11	3,82	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	1,00	2,32	41%
04 Fournitures de bureau		COGEST	2,75	4,29	-1,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,54	156%
05 Missions		COGEST	116,20	29,04	87,16	8,58	8,58	8,58	8,58	34,32	42,90	9,94	91%
06 Frais de représentation et de		COGEST	35,00	4,10	30,90	2,50	2,50	2,50	2,50	10,00	21,00	-0,10	100%
07 Formation		COGEST	7,00	6,02	0,98	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00	-3,02	143%
08 Frais de consultance		REGIE	35,00	3,28	31,72	3,00	3,00	3,00	3,00	12,00	13,00	6,72	81%
09 Frais financiers, frais bancaires		COGEST	0,65	0,29	0,36	0,03	0,03	0,03	0,03	0,13	0,15	0,07	88%
10 Autres frais de fonctionnement		COGEST	4,80	5,52	-0,72	0,70	0,70	0,70	0,70	2,80	4,90	-8,42	275%
04 Audit et Suivi et Evaluation			155,00	10,03	144,97	17,50	40,00	0,00	0,00	57,50	57,50	29,97	81%
01 Frais de S&E		REGIE	100,00	2,07	97,93	0,00	40,00	0,00	0,00	40,00	40,00	17,93	82%
02 Audits		REGIE	35,00	0,00	35,00	17,50	0,00	0,00	0,00	17,50	17,50	0,00	100%
03 Backstopping		REGIE	20,00	7,96	12,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,04	40%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
99 Conversion rate adjustment		COGEST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
		REGIE	2.999,94	1.389,45	1.610,49	190,27	212,51	172,51	133,67	708,94	749,08	152,47	95%
		COGEST	10.200,07	114,11	10.085,96	553,80	1.605,68	1.049,66	1.129,94	4.339,09	5.597,38	149,49	99%
		TOTAL	13.200,01	1.503,56	11.696,45	744,07	1.818,19	1.222,17	1.263,61	5.048,03	6.346,46	301,96	98%



File: \\www\af\p\p\com\p\ner12033111 - Plan de financement - 2016 - 2016

6.3. Modification Budgétaire

Note explicative de la modification budgétaire proposée

Les études architecturales et techniques pour la réalisation des travaux de construction des trois (3) nouveaux hôpitaux de district (HD) de Gaya en Région de Dosso, Gothèye en Région de Tillabéri et Damagaram Takaya en Région de Zinder, et la réhabilitation de l'HD de Loga en Région de Dosso, sont au stade des Dossiers d'Appel d'Offres (DAO).

L'estimation finale des constructions et de la réhabilitation sont largement supérieures au budget disponible. Si pour l'HD de Loga, comme il s'agit d'une réhabilitation, il est assez aisé de rencontrer le budget prévu, même si c'est tout de même au prix d'une révision des ambitions à la baisse, ce n'est pas le cas avec les trois (3) nouveaux HD.

L'équipe du projet, avec l'aide des bureaux d'études en charge de ces études de conception, a essayé tous les scénarii possibles pour faire rentrer les coûts estimés, pour les trois (3) nouveaux HD, dans la marge budgétaire disponible et a abouti aux coûts estimés suivants, en sachant qu'il n'est pas possible de descendre en deçà sans diminuer la qualité des constructions de manière inacceptable ou en diminuant les services offerts :

	Budget prévu	Coût estimé après analyse de tous les scénarii	Montant maximum de passation du marché
Hôpital de district de Gaya	1 380 000,00 €	1 425 931,89 €	1 639 821,67 €
Hôpital de district de Gothèye	1 380 000,00 €	1 284 791,18 €	1 477 509,86 €
Hôpital de district de Damagaram Takaya	1 380 000,00 €	1 632 695,31 €	1 877 599,61 €
Total	4 140 000,00 €	4 343 418,38 €	4 994 931,14 €

Avec un coût estimé des constructions de 4 343 418,38 €, pour pouvoir lancer le marché, étant entendu que les soumissionnaires peuvent proposer un coût de maximum 15% plus élevé que le montant estimé sans que nous ne puissions argumenter que ce montant est anormalement élevé, soit un montant global de 4 994 931,14 € pour les trois HD, l'équipe du projet propose de diminuer la ligne budgétaire A_01_03 Fourniture de l'équipement biomédical, des meubles aux HD et du matériel logistique de 800 000 € pour augmenter la ligne budgétaire A_01_02 Réalisation des travaux du même montant. Ce qui fait passer cette dernière de 4 590 000 € à 5 390 000 €.

Pour les trois lots du marché (chaque hôpital de district constituant un lot), cette augmentation de la ligne budgétaire nous permettrait de disposer de 4 940 000 €. Nous estimons ce montant suffisant pour passer le marché sans risque.

Comme nous partons de l'hypothèse que les soumissionnaires pourraient nous proposer des prix de 15% plus élevés que notre estimation pour minimiser le risque d'aboutir à un marché infructueux avec toutes les conséquences sur le retard dans l'exécution du projet, nous savons également qu'il se pourrait que nous ayons des propositions à 15% moins élevées que notre estimation.

Dans le cas assez probable où nous avons des offres inférieures, égales ou légèrement supérieures à notre estimation, nous ramènerons les 800.000 € à la ligne budgétaire d'origine et passerons les marchés de fournitures donc comme prévu donc comme prévu.

Notre proposition de modification budgétaire est donc clairement une stratégie pour pouvoir passer les marchés sans risque en garantissant le retour à l'allocation budgétaire initiale en cas d'offres égales ou inférieures à notre estimation.

