

THE WORLD BANK GROUP ARCHIVES

PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED

Folder Title: Niger - Health Project - Correspondence 01

Folder ID: 1565013

Series: Completion Reports and Audit Reports

Dates: 7/1/1996 - 7/1/1997

Fonds: Records of the Office of Operations Evaluation

ISAD Reference Code: WB IBRD/IDA OPE-06

Digitized: 11/22/2019

To cite materials from this archival folder, please follow the following format:
[Descriptive name of item], [Folder Title], Folder ID [Folder ID], ISAD(G) Reference Code [Reference Code], [Each Level Label as applicable], World Bank Group Archives, Washington, D.C., United States.

The records in this folder were created or received by The World Bank in the course of its business.

The records that were created by the staff of The World Bank are subject to the Bank's copyright.

Please refer to <http://www.worldbank.org/terms-of-use-earchives> for full copyright terms of use and disclaimers.



THE WORLD BANK
Washington, D.C.

© International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or
The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED

NIGER-Health Project
(Cr. 1668-NIR)
ICR

HA


Archives



1565013

R1999-233 Other #: 5 Box #148737B
Niger - Health Project - Correspondence 01

DECLASSIFIED
WBG Archives

International Development Association
FOR OFFICIAL USE ONLY

DECLASSIFIED

IDA/SecM96-382

FROM: Vice President and Secretary

OCT 03 2018

July 24, 1996

WBG ARCHIVES

*Jane
Claire - Aide Memoire*

IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

REPUBLIC OF NIGER

*Excellent Aide-Memoire
& Govt Evaluation*

HEALTH PROJECT
(CREDIT 1668-NIR)

Attached is a report entitled: "Implementation Completion Report: Republic of Niger - Health Project (CREDIT 1668-NIR)", dated June 25, 1996, (Report No. 15818) prepared by the Africa Region.

Distribution:

Executive Directors and Alternates
President's Executive Committee
Senior Management, Bank, IFC and MIGA

Document of
The World Bank

FOR OFFICIAL USE ONLY

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

Report No. 15818

IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

REPUBLIC OF NIGER

**HEALTH PROJECT
(Credit 1668-NIR)**

June 25, 1996

**Population and Human Resources Operations Division
West Central Africa Department
Africa Region**

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

CURRENCY EQUIVALENTS

(June 1995)

Currency Unit = CFA franc (CFAF)¹

US\$ = 500 CFA franc

CFAF 1 million = US\$2,000

SDR 1 = US\$1.496

WEIGHTS AND MEASURES

Metric System

FISCAL YEAR OF BORROWER

October 1 - September 30

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARIEP	<i>Antennes Régionales de l'Education pour la Santé</i> (Regional Satellites for Health Education)
BDRN	<i>Banque de Développement de la République du Niger</i> (Niger Development Bank)
CNAT	<i>Centre National Anti-Tuberculeux</i> (Anti-Tuberculosis National Center)
DCA	Development Credit Agreement
DEP	<i>Direction des Etudes et de la Programmation</i> (Directorate of Studies and Programming)
DPhL	<i>Direction des Pharmacies et Laboratoires</i> (Directorate of Pharmaceuticals and Laboratories)
EPI	Expanded Program of Immunization
EPS	<i>Education pour la santé</i> (Health Education)
FAC	<i>Fonds d'Aide et de Coopération</i> (French Bilateral Aid Agency)
FP	Family Planning
FED	European Development Fund
HIV	Human Immuno-deficiency Virus
MCH	Maternal and Child Health
MOPH	Ministry of Public Health
MOPHSA	Ministry of Public Health and Social Affairs
NGO	Non-governmental Organization
ONPPC	<i>Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques</i> (National Chemical and Pharmaceutical Products Bureau)
PMI	<i>Protection maternelle et infantile</i> (Mother and Child Health)
PMU	Project Management Unit
SDR	Special Drawing Rights
STD	Sexually Transmitted Disease
WHO	World Health Organization
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

1

The CFA franc is tied to the French franc (FF) at a ratio of FF1 to CFA franc 100 following the January 12, 1994 devaluation of the CFA franc from a ratio of FF1 to CFA franc 50. The French franc is currently floating.

TABLE OF CONTENTS
OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

PREFACE

EVALUATION SUMMARY i

PART I: PROJECT IMPLEMENTATION ASSESSMENT 1

I. INTRODUCTION 1

A. Macroeconomic Setting 1

B. Bank's Role in the Sector 1

II. PROJECT OBJECTIVES 1

A. Original Project Objectives 1

B. Project Components 2

C. Credit Covenants and Special Agreements 2

D. Evaluation of Project Objectives 3

implem-
coord w/
USAID +
UNICEF

III. IMPLEMENTATION EXPERIENCE AND RESULTS 3

A. Assessment of Project's Success and Sustainability 3

B. Summary of Costs 5

C. Financing Arrangements 5

D. Implementation Schedule 5

E. Analysis of Key Factors Affecting Implementation 5

F. Assessment of the Bank and the Borrower's Performance 6

G. Assessment of Project's Outcome 7

other donors
participated
in final
mission
Dutch
UNICEFIV. SUMMARY OF FINDINGS, FUTURE OPERATIONS AND KEY LESSONS
LEARNED 8

A. Findings of Project Implementation Experience 8

B. Future Operations and Sustainability 9

C. Lessons for Future Projects in the Sector in Niger 9

PART II: STATISTICAL TABLES 11

APPENDICES:

- A. Mission's Aide-Mémoire
B. Borrower's Contribution to the ICR
C. Map IBRD 19460R

Tunis

Studies program - very successful
Civil works
EPI
EP

recurrent budget
difficulties - lack of counterpart funds
for 8 years
- misprocurement & dismissal of
proj. director & accountant

maintenance - less successful
community partic. (less villages
than planned)

A.M. vaccin 55%
training 48%

IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT
REPUBLIC OF NIGER
HEALTH PROJECT
(Credit 1668-NIR)

PREFACE

This is the Implementation Completion Report (ICR) for the Health Project in Niger, for which Credit 1668-NIR was approved on March 20, 1986, in the amount of SDR 25.1 million (US\$27.8 million equivalent). The Credit became effective on November 3, 1986. Due to various factors, including the January 1994 devaluation, which had an impact on various components of the project, the project was closed on June 30, 1995, 24 months behind its scheduled closing date of June 30, 1993. Of the total negotiated credit of SDR 25.1 million, SDR 24.8 million (US\$37.1 million equivalent in 1995) has been disbursed and SDR 0.32 million has been canceled, of which SDR 0.3 million due to misprocurement; and SDR 0.02 million due to unused credit funds at closing.

The ICR was prepared by a team led by Ms. Denise Vaillancourt (Task Manager, AF4PH) of the Africa Region and composed of several members of the completion mission: Ms. Johanne Angers (Operations Analyst, AF4PH), Ms. Regina Amadi (Consultant), and Mr. Aboubacar Magassouba (Consultant). The ICR was reviewed by Messrs. I. Porter, Division Chief (AF4PH), S. Singh, Acting Operations Adviser (AF4DR), and A. Cissé, Country Economist (AF4CO). The Borrower submitted its input to the ICR in a report dated May 16, 1996 (Appendices). The Borrower's acceptance of the ICR was received in April 1996 during an appraisal mission of the Second Health Project which is recorded in the mission's aide-mémoire.

Preparation of this ICR was started during the Bank's completion mission in June/July 1995. It is based on the Staff Appraisal Report (SAR), the Development Credit Agreement (DCA), the Borrower's Progress reports, Bank's supervision reports, correspondence between the Bank and the Borrower, relevant records, workshops with the various stakeholders and beneficiaries, and discussions with key Government officials, stakeholders and Bank staff. The Borrower participated in the preparation of the ICR by contributing views reflected in the mission's Aide-Mémoire, by organizing and supporting a series of evaluations of the project's preparation and implementation stages, which reflected a spectrum of perspectives, including those of communities, service providers, MOPH technical and managerial staff at the central and departmental levels, the unions, and an independent evaluator. During the Bank's completion mission, the Government also organized an evaluation workshop, at which the various perspectives were presented and discussed. In addition, the Government reviewed and commented on the draft ICR.

SAR objectives

reform -

- i [investment plan
- ii all or to remain exp
- iii CR
- iv aware of essential drugs
- v mgmt & aid coord
- vi develop pop & p policies
- vii nutrit policies

1) Strengthen mch, fp, nutr (services)

health, hygiene & nutrit
comm unit. in health

training of health personnel

(ii) develop health comm
unit in h & n

(iii) health manpower develop

IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT
REPUBLIC OF NIGER
HEALTH PROJECT
(Credit 1668-NIR)

EVALUATION SUMMARY

BANK'S ROLE IN THE COUNTRY AND SECTOR

1. Niger, a large land-locked country, is one of the poorest countries in the world, with social indicators which are among the lowest in the Sahelian countries. It had a population of about 8.7 million in 1994, about half of which is less than 15 years old, and which is growing at about 3.3 percent annually. Subsistence agriculture has traditionally dominated the economy, with livestock also providing an important source of income and export receipts. During the uranium boom of the late 1970s, Niger went through a period of rapid growth, during which the public sector assumed an important role in the economy. In 1981, however, uranium prices plummeted and Niger's production decreased. Moreover, poor economic policies pursued by the Government in the boom era left in their wake structural deficiencies in the economy. With assistance from the Bank, in FY86 the Government prepared a structural adjustment program aimed at restoring and subsequently maintaining minimum acceptable growth in the medium and longer term. (paras 1.1-1.2).

2. The health project (Credit 1668-NIR) marked the beginning of the Bank's involvement in Niger's health sector and was designed to support the Government's structural adjustment objectives at the sectoral level: (a) more efficient use of resources; (b) mobilization of resources through cost recovery; and (c) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness of the health sector (para. 1.3).

PROJECT OBJECTIVES AND COMPONENTS

3. **Original Project Objective.** The objective of the project was to assist the Borrower to improve the performance of its public health sector through: (a) adoption of appropriate mechanisms for investment planning and recovery of costs; (b) design and implementation of policies in the fields of population, nutrition, maternal and child health care, and control of communicable diseases including, *inter alia*, malaria and diarrhea; and (c) implementation of training programs for health personnel (para. 2.1).

4. **Project Components.** Part A of the project supported health sector adjustment aimed at strengthening financial and operational management, improving basic health services, increasing cost recovery, improving essential drugs availability and developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (a) improve facilities and strengthen priority programs; (b) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (c) develop health manpower (para. 2.2).

5. **Credit Covenants and Special Agreements.** Conditions of effectiveness were as follows: (a) through the intermediary of the National Chemical and Pharmaceutical Products Bureau (ONPPC), establish an account in a commercial bank to operate a revolving fund for the replenishment of chloroquine for the anti-malaria program; (b) establish and adequately staff a Project Management Unit (PMU) and set up an appropriate project accounting system; and (c) establish a local advance account and deposit an initial amount of CFA franc 30 million. All conditions of effectiveness were complied

with and the project was declared effective on November 3, 1986 (para. 2.3). Special covenants or agreements were included to help promote achievement of project objectives (Table 10). Two amendments were made to the Development Credit Agreement (DCA). In October 1987, at the Government's request, the DCA was amended to assist in the financing of a population census. An allocation of 750 million CFA franc equivalent was made available in two tranches deposited in a special account (Special Account B) managed by the Ministry of Plan. Another amendment was made in December 1993 to provide for 100 percent IDA financing of the Project Management Unit's (PMU) operating costs (para. 2.5).

6. In April 1994 in view of the limited financial resources remaining in the credit, agreement was reached on the transfer of activities foreseen under this project to the ongoing population project (Cr. 2630-NIR). Activities transferred to the population project supported the following programs: (a) nutrition; (b) health education; (c) social development support; (d) expanded program of immunization (EPI) and social mobilization; (e) mother and child health; and (f) family planning (para. 2.4).

7. **Evaluation of Project Objective.** The project's objective was consistent with Niger's strategy for economic recovery and development, which was based on adoption of a structural adjustment program, and was responsive to Niger's priority health problems. However, the objectives were ambitious, covering a wide range of sector issues simultaneously at the different levels of the health sector (policy, design and delivery of services, manpower development, infrastructure, etc.) in a country with very little management and institutional capacity and in which the Bank had little or no sector operational experience. Nevertheless, the objectives were, on the whole, well targeted to produce the desired results i.e., policy reform and its application and implementation nationwide, and improvements in priority services.

IMPLEMENTATION EXPERIENCE AND RESULTS

8. **Assessment of Project's Success and Sustainability.** The objective of assisting the Government in introducing policy reform in the health sector within the overall framework of its structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including: according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management; adoption of a law in June 1995 on cost recovery for the non-hospital sector; increased participation of communities in financing and management of health services; development of a sector plan, which espouses the district (decentralized) health approach. Most program objectives were also substantially met. Project investments contributed to improvements in the quality and coverage of basic health services. Program objectives for vaccination coverage and training were not, however, fully achieved (paras. 3.1-3.4).

9. Prospects for the sustainability of project interventions are good, thanks both to its success in building management capacity and to its success in demonstrating the potential for mobilizing resources through cost recovery. The experience of designing and carrying out studies and operational research and of the design and implementation of policy reform emanating from these studies and research contributed to significant improvements in the Ministry of Public Health (MOPH) capacity for sector strategic management. Capacity was also strengthened through long-term training provided under the project in planning, management, and public health and through the creation of directorates responsible for health sector planning and pharmaceutical policy reform (para. 3.5).

10. **Summary of Costs and Financing Arrangements.** At appraisal, the total cost of the project (Table 7A) was estimated at US\$29.3 million equivalent (net of taxes and duties). IDA's contribution at appraisal was estimated at US\$27.8 million and the Government's participation at US\$1.5 million. Total

credit amount disbursed at ICR preparation (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US dollar/SDR exchange rate (Table 4). The Government's contribution of US\$1.6 million equivalent, was higher than anticipated at appraisal. USAID contributed the equivalent of US\$1.2 million under a Health Sector Grant to finance five studies planned under Part A of the project. In May 1994 the Kingdom of the Netherlands granted the equivalent of US\$770,000 to provide budgetary support to the project (paras. 3.6-3.8).

11. **Implementation Schedule.** Project preparation was fairly long: five years elapsed between the first reconnaissance mission (May 1980) and the appraisal mission (June 1985) (Table 3). Project effectiveness was delayed from July 14, 1986 to November 3, 1986 due to some delays in meeting conditions of effectiveness. The original closing date was June 30, 1993, but the Credit was not closed until June 30, 1995, after two extensions. An outstanding balance of SDR 0.02 million (about US\$0.03 million equivalent) was canceled effective November 14, 1995 (para. 3.9).

12. **Key Factors Affecting Implementation.** Three categories of factors affected the Government's capacity to implement the project: political events; financial constraints; and organizational/managerial constraints. The political events, which occurred during the life of the project, caused activities in all sectors to slow down and even to come to a standstill. The high turnover of Health Ministers during the life of the project (eight Ministers in nine years) caused numerous delays, as each new Minister revisited and questioned project objectives and implementation progress. From project launch through 1991 the PMU was plagued with serious management and financial problems, and with a high turnover of project coordinators, both of which caused considerable delays in project implementation. Financial constraints included lack of counterpart funds and cash flow problems. These constraints were mitigated through an amendment of the DCA that allowed 100 percent financing of operating costs of the PMU and through a Dutch Grant used to finance local costs. The recruitment in 1992 of a new project coordinator and a technical assistant for the PMU enhanced project implementation and accelerated achievement of project objectives (paras. 3.10-3.12). Management/organizational capacity to implement a project of this magnitude and complexity was inadequate. The highly centralized structure of the MOPH, heavy bureaucratic and administrative procedures and the vertical structure of health programs left decentralized administration and services with, at best, a very passive role in project implementation.

13. **Assessment of the Bank's and the Borrower's Performance.** The Bank adopted a comprehensive approach by placing the project in the context of Niger's health reform, which, in turn, was part of the overall structural adjustment program of the country. Project identification, appraisal, design, and supervision were satisfactory. However, institutional capacity to carry out a project of this nature was underestimated. The Bank did not devote adequate resources to field supervision, both in terms of quantity and in terms of adequate skills mix to address and resolve the several key issues to project implementation, particularly those concerning financial management (para. 3.13). The Government of Niger's performance in project preparation was satisfactory. The Government's commitment to reform in general, and to the project in particular, was largely responsible for the successes/impacts recorded in spite of Niger's limited management and institutional capacity, and financial resources. Overall rating of the project implementation fluctuated between 2 and 3 (paras. 3.14-3.15).

14. **Assessment of the Project Outcome.** Significant advances were made with project assistance, particularly with regard to its contributions to policy formulation and reform and to the strengthening of capacity in planning and service delivery (paras. 3.16-3.18). Among the most noteworthy of project outcomes are: the production of a coherent and strategic National Sector Development Plan, hospital reform, adoption of a cost recovery law, and, in selected areas, improved quality of curative and preventive services, increased capacity for receiving and treating patients, intensification of health

information education and communication activities and increased involvement of communities in health sector activities. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving project assistance.

IMPORTANT FINDINGS OF PROJECT IMPLEMENTATION EXPERIENCE

15. Investments in service quality improvements (infrastructure, program development, and training) were not fully exploited or consolidated due to a lack of technical support and follow-up that should have been provided through the implementation of a well-designed supervision program. Likewise, a lack of follow-up and evaluation of training investments left MOPH incapable of ensuring optimal utilization of newly acquired skills. The lack of a clear policy on preventive activities and on health education caused them to receive low attention and priority under the project, despite the importance attributed to them in project design and documentation. Greater emphasis on all of these--supervision, training evaluation, policy on prevention and promotion--would have contributed to enhanced service quality (paras. 4.1-4.2).

FUTURE OPERATIONS

16. The application of lessons learned in future sector investments were extensively discussed with the Government and various other stakeholders as these were an important focus of the participatory evaluation process. It is encouraging to note that these lessons are reflected, both by the Government and by the Bank, into their strategies for the development and implementation of future health operations in Niger. The Health Sector Development Plan for the period 1994-2000 captures the essence of a number of key lessons learned, including: (a) the need to decentralize sector management and administration and integrate more fully programs and services through the creation and support of health districts; (b) the need to strengthen capacity in strategic management and management of resources; and (c) the need to identify and utilize more fully the existing (often untapped) potential of the various stakeholders and contributors to health sector performance. Project achievements in capacity building and in the mobilization of resources will contribute to ensuring the sustainability of this and future interventions (paras. 4.5-4.7).

LESSONS FOR FUTURE PROJECTS IN THE SECTOR IN NIGER

17. Three main lessons are learned from this project. First, Project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation. Clear targets and indicators should be set at the outset. A rolling planning process would accommodate both more rigor and more flexibility during project implementation.

18. Second, inadequate management/institutional capacity is found to be more constraining of good sector performance than resource availability. More effort must be devoted to develop capacity in management of resources and in decentralized strategic sector management in order to improve sector effectiveness. In addition, decentralization and integration of programs and services and a clarification and complementarity of roles and responsibilities at all levels of the health system (including those of stakeholders outside of the public health system) are also crucial to sector effectiveness. Implementation experience also revealed the importance of integrating and "mainstreaming" project activities more fully into MOPH operations, both at central and decentralized levels.

19. Third, financial participation of the communities has caused them to be more involved in, and more demanding of, health service delivery, prompting the public service to strive to be more client-oriented. This process should be nurtured and supported in future operations (paras. 4.3-4.4).

**IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT
REPUBLIC OF NIGER
HEALTH PROJECT
(Credit 1668-NIR)**

PART I: PROJECT IMPLEMENTATION ASSESSMENT

I. INTRODUCTION

A. Macroeconomic Setting

1.1 Niger, a large land-locked country covering an area of 1.27 million km² and 600 km away from the closest seashore, is one of the poorest countries in the world. It had a population of about 8.7 million in 1994, about half of which is less than 15 years old, and which is growing at about 3.3 percent annually. The country's social indicators are among the lowest in the Sahelian countries. Subsistence agriculture has traditionally dominated the economy with millet and sorghum taking up to 80 percent of the cultivated area. Livestock also provides an important source of income and export receipts. Except for the Sahelian drought periods, the country has been self-sufficient in staple food production.

1.2 The discovery of large uranium deposits in the late 1960s triggered the development of an important mining sector which expanded rapidly under highly favored conditions in the world market during the late 1970s. At that time, uranium became the country's principal foreign exchange earner amounting to 70 percent of exports and a major source of Government revenues (around 12 percent). As a result, Niger went through a period of rapid growth during which the public sector assumed an important role in its economy. Unfortunately the uranium boom ended in 1981, when prices plummeted and Niger's production decreased. Poor economic policies pursued by the Government in the boom era left in their wake structural deficiencies in the economy. Financing constraints, exacerbated by overspending during the uranium boom, highlighted the urgent need to address the underlying structural issues of the economy. The Government, with assistance from the Bank, prepared a structural adjustment program (FY86) aimed at restoring and subsequently maintaining minimum acceptable growth in the medium and longer term. The program included policy reforms to increase the efficiency of existing investments, improve resource allocation and develop the resource base of the country.

B. Bank's Role in the Sector

1.3 The Health Project (Credit 1668-NIR) marked the beginning of the Bank's involvement in Niger's health sector and was designed to support the Government's structural adjustment objectives at the sectoral level: (a) more efficient use of resources; (b) mobilization of resources through cost recovery; and (c) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. Prior to its effectiveness date of November 3, 1986, 28 IDA credits had been approved for Niger for a total amount of US\$363.7 million equivalent, including a structural adjustment credit in the amount of US\$60 million equivalent.

II. PROJECT OBJECTIVES

A. Original Project Objective

2.1 The objective of the project was to assist the Borrower in improving the performance of its public health sector through: (a) adoption of appropriate mechanisms for investment planning and

recovery of costs; (b) design and implementation of policies in the fields of population, nutrition, maternal and child health care, and control of communicable diseases including, *inter alia*, malaria and diarrhea; and (c) implementation of training programs for health personnel.

B. Project Description and Components

2.2 Part A of the project supported health sector adjustment through: (a) the financing of studies aimed at strengthening financial and operational management, improving basic health services, increasing cost recovery, improving essential drugs availability and developing population and nutrition policies; and (b) the funding of proposals for implementing policies emanating from the above-mentioned studies or operational experience. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (a) improve facilities and strengthen priority programs; (b) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (c) develop health manpower.

C. Credit Covenants and Special Agreements

2.3 Special covenants or agreements were included to help promote achievement of project objectives (Table 10). Conditions of effectiveness were as follows: (a) through the intermediary of the National Chemical and Pharmaceutical Products Bureau (ONPPC), establish an account in a commercial bank to operate a revolving fund for the replenishment of chloroquine for the anti-malaria program; (b) establish and adequately staff a PMU and set up an appropriate project accounting system; and (c) establish a local advance account and deposit an initial amount of CFA franc 30 million. All conditions of effectiveness were complied with and the project was declared effective on November 3, 1986. Conditions of disbursement were as follows: (a) disbursement against implementation of proposed activities, based on study results or operational experience derived from the project, were conditioned upon IDA's approval of plans of action prepared by the Government in collaboration with IDA and supported by a feasibility study; and (b) disbursement against purchases of vaccines were conditioned on IDA's approval of the proposed target coverage for the following year's immunization campaign.

2.4 **Agreed Changes.** In April 1994 in view of the limited financial resources remaining in the Credit, agreement was reached that certain activities foreseen under the project would be undertaken by the ongoing population project (Cr. 2630-NIR), since these activities were also programmed. The activities programmed under the health project and transferred to the population project were as follows: (a) nutrition program, specifically, training of professional staff, literacy, and dissemination of the national policy; (b) health education program; (c) social development support program; (d) EPI and social mobilization program; (e) mother and child health program; and (f) family planning program. Five of the six studies planned under Part A of the project were ultimately financed under a USAID Health Sector Grant but remained an integral part of project activities. Responsibility for the management and execution of policies studies was given to the Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPHA) rather than the Ministry of Plan (MOP), as originally planned. A number of other program activities were ultimately supported under the project including: activities related to HIV/AIDS, purchase of anti-tuberculosis drugs, a survey on youth, and the population census. The project's closing date was extended in 1993 and 1994.

2.5 **Amendments.** Only two amendments were made to the Development Credit Agreement (DCA). In October 1987, at the Government's request, the DCA was amended to assist in the financing of a population census. An allocation of 750 million CFA franc equivalent was made available in two tranches deposited in a special account (Special Account B) managed by the Ministry of Plan (MOP).

Another amendment was made in December 1993 to provide for 100 percent IDA financing of the PMU's operating costs.

D. Evaluation of Project Objectives

2.6 The project's objectives were consistent with the Bank's and Niger's strategy for economic recovery and development, which was based on adoption of a structural adjustment program; and the objectives were responsive to pressing needs of the sector. However, the objectives--and the consequent project design--were ambitious, covering a wide range of sector issues simultaneously at the different levels of the health sector (policy, design and delivery of services, manpower development, infrastructure, etc.) in a country with very little management and institutional capacity and in which the Bank had little or no sector operational experience (Table 2). Objectives were neither sufficiently specific nor clearly understood by those responsible for their realization. Considering that the project was the Bank's first health investment in Niger, preparation, especially objective setting, could have benefited from (a) a better assessment of the Borrower's capacity to implement the project; (b) more specific performance criteria/indicators for monitoring achievement of project objectives and implementation, which should have been established jointly with Ministry of Public Health (MOPH) staff; (c) better baseline data for setting realistic objectives and indicators; and (d) a more serious consideration of other donors' interventions in the sector (USAID, UNFPA, WHO, UNICEF, FAC). This would have enhanced donor coordination in the health sector in Niger. Nevertheless, the objectives were, on the whole, well targeted to produce the desired results i.e., policy reform and its application and implementation nationwide, and improvements in priority services. Furthermore, project design (particularly for Part A of the project) was flexible, allowing for lessons to be drawn and immediately applied during the life of the project.

III. IMPLEMENTATION EXPERIENCE AND RESULTS

A. Assessment of Project's Success and Sustainability

3.1 *Sector Policy Objectives.* The objective of assisting the Government in introducing policy reform in the health sector within the overall framework of its structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures (Table 6). National hospitals were transformed into *établissements publics à caractère administratif* and, as such, were accorded greater financial autonomy. This reform has prompted improvements both in resource mobilization and in hospital management practices. In June 1995 the National Assembly adopted a law on cost recovery for the non-hospital (primary health care) sector, which encourages resource mobilization for primary health care and improved management of resources and services. Pilot studies have already demonstrated, as is the case in other countries, that community participation in the financing of health services and in the management of collected revenues provides communities with some leverage in their demand for quality services and incites the health system to be more client oriented and thus improve that quality. Studies and operational research carried out under this component contributed to an improved appreciation of the strengths and weaknesses of the current health system and to the development of policies on nutrition, drug supply, malaria control and diarrheal disease control. These contributions are fully reflected in the Government's national health sector development plan for the period 1994-2000, which provides a coherent framework for sector reform, and which has been instrumental in attracting and effectively coordinating external assistance to the sector.

3.2 *Program Objectives.* Project investments to upgrade the technical skills of service providers and to strengthen infrastructure and technical equipment of selected health facilities contributed to

improvements in the quality and coverage of basic health services. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened both through improved strategic management and through direct support to implementation activities. Notable achievements in this regard include: the creation of an interministerial committee for malaria control; the definition of a national, multisectoral nutrition policy; the creation of a national program on diarrheal disease, strengthening of the health education program at the central and departmental levels; the initiation and successful implementation of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions (presented in detail in Table 5) are: greater awareness and action on the part of communities for understanding and taking charge of their own health issues and problems; an increase in immunization rates and in prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators.

3.3 Not all program objectives were fully met, however. Training achievements fell short of targets (Table 5). A supervision plan was developed, but never implemented, with funds from Part A of the project, as had been envisaged. While departmental level health directorates received equipment and material for health education activities, these are not being effectively used. No meetings of donors was held throughout the life of this project in an effort to coordinate aid to the sector as was provided for in the DCA. The revolving fund for chloroquine never functioned properly.

3.4 *Physical Objectives.* The project has been particularly successful in rehabilitating the number of health facilities planned at appraisal. Of the 113 health facilities slated for rehabilitation under the project, 110 were rehabilitated and equipped in the seven departments covered by the project (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, and Zinder, and in the metropolitan area of Niamey). The civil works program suffered a slow start when many factors causing delays in the implementation of the program were encountered. These factors were delays in the planning of the implementation of the civil works program, in carrying out key studies and launching the bidding process, in starting up works activities for some contractors due to their weak financial and/or technical capacities, the lack of understanding of the World Bank's procurement procedures, and the lack of supervision and monitoring. The collapse of the Niger Development Bank (BDRN) in 1991/1992 was also a factor in some of the delays in construction due to a freeze of accounts held by a few contractors. Fortunately, the program gained momentum during the second phase of project implementation (from 1992). A civil works engineer was recruited as a technical assistant to the PMU to ensure coordination and supervision of the activities. The breakdown of the 110 health facilities supported by the project is as follows: 51 rural dispensaries, 23 maternities, four medical posts, three medical centers, and 29 sanitaries blocks were rehabilitated and equipped. Furthermore, many other types of facilities essential to activities related to the health sector have received support from the credit, including: 20 houses for medical staff, two warehouses for ONPPC, 12 fences for health facilities, six sub-regional satellites for health education (EPS), 45 EPI shelters, two nutrition centers, and the National Institute of Public Health of Zinder. Table 5 gives details on physical and logistical inputs provided under the project.

3.5 *Institutional Development Objectives and Project Sustainability.* Prospects for the sustainability of project interventions are good, thanks both to its success in building management capacity and to its success in demonstrating the potential for mobilizing resources through cost recovery. The experience of designing and carrying out studies and operational research, and of the design and implementation of policy reform emanating from these studies and research, contributed to significant improvements in MOPH capacity for sector strategic management. Capacity was also strengthened through long-term training provided under the project in planning, management, and public health. Under this project the MOPH structure was strengthened through the creation of the Directorate of Studies and Programming (DEP) and the Directorate of Pharmacies and Laboratories (DPhL), which play a key role in, respectively, health sector planning, and pharmaceutical policy reform. An important indicator of the enhanced capacity of MOPH is the quality of the Government's Health Sector Development Strategy.

Developed with very little intervention from external sources, both the diagnosis of health sector status and issues and proposals for effectively addressing them are extremely well done, reflect lessons of experience gained through the implementation of this and other projects and provide the basis for strategic and well coordinated sector interventions. The granting of financial and managerial autonomy to hospitals is yet another significant achievement in institutional development.

B. Summary of Costs

3.6 At appraisal, the total cost of the project (Tables 7A and 7B) was estimated at US\$29.3 million equivalent (net of taxes and duties) with a foreign exchange component of US\$18.2 million (62 percent). Base cost estimates were in June 1985 prices. The breakdown of the project's costs in local and foreign currencies is given in Table 7A.

3.7 Several factors contributed to the changes in cost from the time of the appraisal (June 1985) to project closing (June 1995): (a) a five-year delay in project start-up and a two-year extension of the project closing date; (b) the impact of the 1994 devaluation on the cost of construction and equipment; and (c) project support to activities not foreseen at appraisal, such as the strengthening of the DEP, DPHL, ONPPC, STD/AIDS program and the partial financing of the 1988 population census.

C. Financing Arrangements

3.8 IDA's contribution at appraisal was estimated at US\$27.8 million equivalent (February 1986 exchange rate with SDR) and the Government's participation at US\$1.5 million equivalent. Total credit amount disbursed at ICR preparation (US\$37.1 million equivalent) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US dollar/SDR exchange rate (Table 4). The Government's actual contribution of US\$1.6 million equivalent (reflected in the audit report of December 31, 1995) was higher than anticipated at appraisal. USAID contributed the equivalent of US\$1.2 million under a Health Sector Grant to finance five studies planned under Part A of the project. The January 1994 devaluation of the CFA franc prompted additional donor assistance which significantly eased the constraint of counterpart funds. In May 1994 the Kingdom of the Netherlands granted the equivalent of US\$770,000 to provide for budgetary support to the project. It is significant to note that, at the time of project closing, the Government decided to use the balance of the funds in the project account (about 300 million CFA franc) to finance the rehabilitation of two warehouses at the ONPPC for the stocking of drugs as well as the purchase of 500,000 doses of anti-meningitis vaccines.

D. Implementation Schedule

3.9 Project preparation was long: five years elapsed between the first reconnaissance mission (May 1980) and the appraisal mission (June 1985) (Table 3). Project effectiveness was delayed from July 14, 1986 to November 3, 1986 due to some delays in meeting conditions for effectiveness, particularly in relation to lengthy administrative procedures for hiring the project accountant. The original closing date was June 30, 1993, but the Credit was not closed until June 30, 1995, after two extensions. Disbursements against commitments were made until November 14, 1995. An outstanding balance of SDR 0.02 million (about US\$0.03 million equivalent) was canceled effective November 14, 1995.

E. Analysis of Key Factors Affecting Implementation

3.10 Three categories of factors affected the Government's capacity to implement the project: political events; financial constraints; and organizational/managerial constraints. The democratization process, which occurred during the life of the project caused activities in all sectors to slow down and

Why?
What were
the effects?

even come to a standstill during the various crises inherent in the process. In addition, and more specifically, the high turnover of Health Ministers during the life of the project (eight Ministers in nine years) caused numerous delays, as each new Minister revisited and questioned project objectives and implementation progress. Causes of financial constraints are numerous and varied. Propelled by the economic crisis, lack of counterpart funds delayed implementation of certain activities and severely constrained the operation of the PMU. There were times during the life of the project that the Government was unable to pay salaries for periods of up to six months at a time. Cash flow problems were further exacerbated by the collapse of the BDRN, whose assets (including the project's special accounts) were frozen. These constraints were mitigated through an amendment of the DCA that allowed 100 percent financing of operating costs of the PMU and through a Dutch Grant used to finance local costs.

3.11 *Management/organizational capacity* to implement a project of this magnitude and complexity was inadequate. The highly centralized structure of the MOPH, combined with heavy bureaucratic and administrative procedures, left administrators and service managers in the periphery with, at best, a very passive role in project implementation. Furthermore, the vertical structure of health programs within MOPH unnecessarily complicated service delivery and constrained efforts to integrate service delivery. As at the political (Ministerial) level, heavy turnover of heads of key technical programs (average of once a year per program), combined with high mobility of service delivery personnel, further exacerbated efforts to improve health program effectiveness and service delivery.

3.12 From the project launch through 1991, the PMU was plagued with serious management and financial problems, and with a high turnover of project coordinators, both of which caused considerable delays in project implementation. Financial mismanagement was evident in inadequate accounting of project funds and delays in submission of audit reports. The use of IDA special account to finance the Government's counterpart expenditures led to a de facto suspension of the special account by the Bank in January 1992. PMU capacity for project management, supervision, and procurement was also lacking. The recruitment in 1992 of a new project manager, along with the long overdue hiring of a technical assistant for the PMU enhanced project implementation and accelerated achievement of project objectives.

F. Assessment of the Bank and the Borrower's Performance

3.13 Identification of the project was satisfactory in that it was consistent with Niger's strategy for economic recovery and development and with the Bank's country strategy, which depended on the adoption of a structural adjustment program. The amount of time and resources devoted to project preparation and appraisal is indicative of the fact that dialogue was at times difficult and that the Bank exercised considerable caution in entering the health sector in Niger. The Bank adopted a comprehensive approach by placing the project in the context of Niger's health reform, which, in turn, was part of the overall structural adjustment program of the country. Project appraisal and design were satisfactory. The project design addressed the need for policy reform in a pragmatic and flexible manner thus supporting a learning approach that was quite innovative for its time. However, institutional capacity to carry out a project of this nature was underestimated. Project supervision was deficient. Despite the fact that the project represented the Bank's first intervention in the health sector in Niger, the Bank did not devote adequate resources to field supervision, both in terms of quantity and in terms of adequate skills mix to address and resolve the several key issues to project implementation repeatedly raised in Aide-Mémoires, particularly those concerning financial management.

3.14 The Government of Niger's performance in project preparation was satisfactory. The Government's commitment to reform in general, and to the project in particular, was largely responsible

Sustainability

Constraint of counterpart
funds prompted by
devaluation

economic crisis
→ cash flow problems

PMU mgmt & financial
misgmt

- built mgmt capacity
- potential of CR

for the successes/impacts recorded in spite of Niger's limited management and institutional capacity, and financial resources. It worked closely with the Bank in project identification and preparation.

3.15 On the whole, Borrower performance on project implementation is satisfactory. A review of 590s and BTOs indicate that the Borrower's performance can be assessed on three levels: (a) technical: the Borrower performed above average in implementing the health action programs, thereby achieving, in great part, the project's development objective. As a result, the project had, and continues to have, a good development impact as the project has assumed a prominent role in providing support for critical health sector activities; (b) management and institutional: the Borrower's performance was mediocre because of the weak management ability of PMU and fragile institutional capacity of collaborating government agencies; (c) Government commitment and provision of resources: the Government's commitment which was very high at project onset fluctuated during implementation due to frequent ministerial reshuffles, weak commitment on the part of senior government officials and the Borrower's inability, in the earlier stages of the project, to provide counterpart funds on a timely and reliable basis. The appointment of a dynamic and capable project coordinator (manager) in 1992 permitted considerably accelerated activity during the last months or years of the project during which time this allowed the project to correct and significantly improve past performance and achieve a successful outcome.

G. Assessment of the Project's Outcome

3.16 Despite the very difficult political and economic climate during its implementation and despite a high turnover of project staff, program coordinators and ministers, this project culminated in a number of notable accomplishments. While not all objectives were fully met, significant advances were made with project assistance, particularly with regard to its contributions to policy formulation and reform and to the strengthening of capacity in planning and service delivery. MOPH institutional capacity was strengthened through the creation of the Directorates for Studies and Programming, and for Pharmacies and Laboratories, which play crucial roles in sector planning and the formulation and oversight of pharmaceutical policy. Studies and planning activities financed under the project, combined with skills development in planning, management, and public health, contributed to improved appreciation of sector strengths and weaknesses and were instrumental in the production of the National Sector Development Plan, which provides a coherent framework for sector development. Study results also provided the basis for hospital reform and the recent adoption of a law on cost recovery.

3.17 Various assessments of project performance encompassing the views of, respectively, beneficiaries, the Ministry of Health and an external evaluator, note improvement in the quality and coverage of service delivery. Investments in infrastructure, program development and technical skills development of service delivery staff resulted in improved coverage and quality of service delivery. These are evident in improved quality of curative and preventive services, increased capacity for receiving and treating patients, intensification of health information, education and communication activities, and increased involvement of communities in health sector activities.

3.18 Not all project objectives were fully achieved, however. The project fell short of its targets for immunization coverage (55 percent achieved) and for specialized training for technical staff (48 percent achieved). In addition, no aid coordination meeting was held during the life of the project, nor was the supervision program, developed during the project, implemented. The revolving fund for chloroquine never functioned successfully. Lack of baseline data and inadequate monitoring and evaluation of activity did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving direct project assistance. It must be noted, however, that national health indicators for Niger remain abysmally

low, posing a formidable challenge to the Government and all of its partners to continue, and in fact, intensify efforts to improve health status.

IV. SUMMARY OF FINDINGS, FUTURE OPERATIONS AND KEY LESSONS LEARNED

A. Findings of Project Implementation Experience

4.1 Experience gained through the implementation of this project highlighted a number of weaknesses and challenges for improving service coverage and quality, management and organization of sector activity. This experience will be reflected in the design and development of future interventions in the sector.

services 4.2 *Services.* The importance of supervision of health personnel cannot be overemphasized. While the Government did prepare a detailed plan of action for the supervision of health field staff, as required under the DCA, this program was never implemented, despite its eligibility for financing under Part A of the project. As a result, investments in service quality improvements (infrastructure, program development, and training) were not fully exploited or consolidated due to a lack of technical support and follow-up through supervision. Likewise, a lack of follow-up and evaluation of training investments left MOPH incapable of ensuring optimal utilization of newly acquired skills and specializations and of assessing utility of training to guide future investments in human resources development. The lack of a clear policy on preventive activities and on health education in essence caused them to receive low attention and priority under the project, despite the importance attributed to them in project design and documentation.

4.3 *Sector Management/Organization.* Even more constraining to good sector performance than resource availability is the management of resources: human, financial and physical (particularly maintenance). Mobility, low motivation and inequitable distribution of health and administrative personnel, lack of capacity and heavy and overcentralized mechanisms for accounting and financial management and neglect of maintenance all compromised project (and program) effectiveness. More effort must be devoted to develop capacity in management of resources and in decentralized strategic sector management (planning, programming, aid coordination, monitoring, evaluation) in order to improve sector effectiveness. In addition, deficiencies in MOPH organization also compromised project effectiveness and must be corrected. The project was conceived in a vertical and centralized fashion responding to MOPH organization at the time. Sector effectiveness calls for the decentralization and integration of programs and services and a clarification and complementarity of roles and responsibilities at each level of the health system. Greater attention should be paid to institutional development and management capacity building in future interventions.

4.4 *Participation.* Through the pilot testing of cost recovery schemes experience was gained in eliciting the financial participation of the population in sector activities. This experience also demonstrated that because of its financial participation, the population becomes more demanding of service quality and more interested in participating in the management of resources and in the planning, implementation, and management of sector activities. As a result of this phenomenon, the health system is more conscious of the need to be more client oriented--a significant and positive evolution, indeed. Future investments should include assistance in this regard. Because demands of population are intersectoral (major health problems are due to lack of access to clean water), this new orientation will also require a much more holistic approach to health with greater effort to achieve intersectoral coordination and partnerships with other development agencies (NGOs) at all levels of the system. While participation has evolved significantly over the life of the project, participation of women is still very limited, due primarily to cultural factors.

desired results

- policy reform & its application & implementation nationwide

creation of Directorate resp. for health sector planning

Govt's I+D Dev. Strategy

- status of issues & proposals to effectively addressing them

↳ challenge - how to do it

uncertain
if only

B. Future Operations and Sustainability

4.5 The application of lessons learned in future sector investments were extensively discussed with the Government and various other stakeholders as these were an important focus of the participatory evaluation process. It is encouraging to note that these lessons are reflected, both by the Government and by the Bank, into their strategies for the development and implementation of future health operations in Niger, respectively: the National Health Sector Development Plan for the period 1994-2000, and the Bank's Sector Investment Program approach. The design of a proposed Health II project, which was appraised in April 1996 and negotiated in June 1996, has already benefited significantly from this accumulated experience.

4.6 The Health Sector Development Plan for the period 1994-2000 provides the basis for the proposed IDA intervention in the health sector. A very solid document, it captures the essence of a number of key lessons learned from the first IDA operation, including: (a) the need to decentralize sector management and administration and integrate more fully programs and services through the creation and support of health districts; (b) the need to strengthen capacity in strategic management and management of resources; and (c) the need to identify and utilize more fully the existing (often untapped) potential of the various stakeholders and contributors to health sector performance. The plan states very well "what to do", but the challenge remains to define "how to do it". Discussions during the ICR mission highlight how lessons learned could be further exploited to improve this plan, including: setting of more realistic objectives; prioritization of interventions; introduction of a rolling planning process that would be reviewed and revised annually; and the estimation (and minimization) of investment and recurrent costs. ✓

4.7 Key features of the new sector approach, which are guiding the design and implementation of the proposed IDA intervention include: a coherent sectoral framework that would provide the basis for eliciting and coordinating the various contributions of donors; Government initiation and ownership of sector activity and increased partnership among the various stakeholders in the planning, execution and evaluation of sector activity; a deliberate and systemic approach to capacity building, management strengthening and institutional development, which would encompass the (often untapped) potential roles of all partners in sector development; a better appreciation of client perspectives and more efforts to respond to the needs and demands of clients; choice of indicators that would emphasize performance of the system and impact of interventions; the adoption of a learning approach, which would be pragmatic, rather than theoretical, and which would be subject to ongoing evaluation and refinement in light of experience; economic and financial viability, encompassing the importance of establishing priorities, cost-effectiveness of interventions; a full appreciation of recurrent cost implications and cost containment; and the importance of forging better links and partnerships with central and other ministries at all levels of the system to understand opportunities and constraints of decentralization, public finance, civil service reform, etc. (i.e. macroeconomic linkages) and to improve intersectoral coordination and collaboration to achieve better health. This approach has been thoroughly discussed and well received by the Government and donors alike.

C. Lessons for Future Projects in the Sector in Niger

4.8 *Lessons of Project Design and Development.* Project objectives should be sufficiently modest and based, to the extent possible, on a sound knowledge of the existing situation. The compilation of reliable baseline data is very important in this regard. Objectives should also be commensurate with the resources placed at the disposal of project/program staff. Clear targets and indicators should be set at the outset. Key stakeholders, including the beneficiaries, service providers, local authorities, NGOs and key donors involved in the sector, should be identified at the outset and involved in all stages of project

design and development: needs assessment, design, setting of targets and indicators, implementation, management and evaluation. A least cost approach should drive the project design and costing exercise, with a particular emphasis on fully accounting for and minimizing the recurrent cost implications of project/program investments. A rolling planning process should be incorporated into the project design, which would accommodate both more rigor and more flexibility during project implementation to take into account and manage opportunities and constraints emerging from experience. A more holistic and rigorous assessment of institutional capacity would have modified project design and introduced interventions to strengthen that capacity.

4.9 *Lessons of Project Management.* Analysis of a number of weaknesses in project management have revealed important lessons that should be applied to future operations. The most important of these lessons are: the need to provide project staff with sufficient training in procurement and in other Bank procedures and requirements; the need for improved mechanisms for coordination of project activities and communication among the various responsible program managers; the need to minimize turnover of program management and service delivery staff. Implementation experience revealed the importance of integrating and "mainstreaming" project activities more fully into MOPH operations, both at the central and decentralized levels. Among other things this would provide for more objectivity and transparency in setting priorities within the context of the project and accord line responsibility for program management and implementation to those normally responsible within MOPH structure. Opportunities should be more fully exploited to address and quickly resolve project implementation issues. The mid-term review process could have been more fully exploited in this regard. Furthermore, issues raised in Aide-Memoires of supervision missions should be rigorously addressed and resolved. Routine (quarterly or semi-annual) reporting on project execution, which was not done under this project, could also be instrumental in identifying and resolving implementation issues effectively and efficiently. Adequate resources to field supervision, both in terms of quantity and in terms of adequate skills mix, should be devoted to address and resolve the several key issues to project implementation, particularly those concerning financial management.

**IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT
REPUBLIC OF NIGER
HEALTH PROJECT
(Credit 1668-NIR)**

PART II: STATISTICAL TABLES

Table 1:	Summary of Assessments
Table 2:	Related Bank Loans/Credits
Table 3:	Project Timetable
Table 4:	Credit Disbursements: Cumulative Estimated and Actual
Table 5:	Key Indicators for Project Implementation and Operation
Table 6:	Studies Included in Project
Table 7A:	Project Costs
Table 7B:	Project Financing
Table 8:	Economic Costs and Benefits
Table 9:	Status of Legal Covenants
Table 10:	Compliance with Operational Manual Statements
Table 11:	Bank Resources: Staff Inputs
Table 12A:	Bank Resources: Missions
Table 12B:	Bank Resources: Supervision Missions

Table 1: Summary of Assessments

A. <u>Achievement of Objectives</u>	<u>Substantial</u>	<u>Partial</u>	<u>Negligible</u>	<u>Not applicable</u>
Macroeconomic Policies	☐	☐	☐	☒
Sector Policies	☒	☐	☐	☐
Financial Objectives	☐	☒	☐	☐
Institutional Development	☐	☒	☐	☐
Physical Objectives	☒	☐	☐	☐
Poverty Reduction	☐	☒	☐	☐
Gender Issues	☐	☒	☐	☐
Other Social Objectives	☐	☒	☐	☐
Environmental Objectives	☐	☐	☐	☒
Public Sector Management	☐	☒	☐	☐
Private Sector Development	☐	☒	☐	☐
Training and Technology	☐	☒	☐	☐
Other (Specify)	☐	☐	☐	☐

B. <u>Project Sustainability</u>	<u>Likely</u>	<u>Unlikely</u>	<u>Uncertain</u>
	☒	☐	☐

C. <u>Bank Performance</u>	<u>Highly satisfactory</u>	<u>Satisfactory</u>	<u>Deficient</u>
Identification	☐	☒	☐
Preparation Assistance	☐	☒	☐
Appraisal	☐	☒	☐
Supervision	☐	☐	☒

D. <u>Borrower Performance</u>	<u>Highly satisfactory</u>	<u>Satisfactory</u>	<u>Deficient</u>
Preparation	☐	☒	☐
Implementation	☐	☒	☐
Covenant Compliance	☐	☒	☐

E. <u>Assessment of Outcome</u>	<u>Highly satisfactory</u>	<u>Satisfactory</u>	<u>Unsatisfactory</u>	<u>Highly unsatisfactory</u>
	☐	☒	☐	☐

Table 2: Related Bank Credits

Credit title	Purpose	Year of approval	Status
<i>Preceding operations</i>			
Not Applicable			
<i>Following operations</i>			
Population Project (Cr. 2360)	The Project aims at assisting the Government in implementing an effective national population program, with the primary objective of accelerating the onset of fertility decline by increasing the contraceptive prevalence rate as rapidly as possible, reducing maternal mortality, promoting attitudes favoring a reduction in family size norms, and enhancing the capacity of women to effectively participate in socio-economic development.	1992	Supervision
Health II Project	The Project envisages at supporting the Ministry of Public Health in its implementation of the "Plan de Développement Sanitaire". It will seek to: (a) reduce morbidity and mortality through improvements to the quality and coverage of basic health services with a particular focus on establishing and supporting the health district system; (b) improve the availability and affordability of essential generic drugs to all of Niger's population through the restructuring and strengthening of the pharmaceutical sector, effectiveness and efficiency of which will be addressed through interventions to strengthen and decentralize strategic sector management and management of resources; and (c) expand and exploit sector capacity through efforts to appreciate and more effectively utilize the capacity of various partners active in the health sector, starting at the peripheral levels.	Expected June 1996	Appraisal

Table 3: Project Timetable

Identification (Project Brief)	01/81	02/82
Preparation	06/81	02/83
Appraisal	11/84	06/85
Negotiations	11/85	02/86
Board Presentation	01/86	03/86
Signing	04/86	04/86
Effectiveness	07/86	11/86
Project Completion	12/92	06/95
Credit Closing	06/93	06/95

17 mos

Table 4: Credit Disbursements: Cumulative Estimated and Actual (US\$ million)

Bank Fiscal Year and Quarter	Appraisal Estimate	Actual	Actual as % of Estimate
1987	2.5	1.35	54
1988	6.4	5.18	81
1989	11.4	8.08	71
1990	17.2	12.89	75
1991	22.0	16.01	73
1992	25.6	19.04	74
1993	27.8 ^{a/}	24.05	87
1994		25.68	n/a
1995		34.90	n/a
1996		37.10	n/a

Date of final disbursement: November 14, 1995 (the above data are taken from the loan database of November 28, 1995).

^{a/} A total of US\$0.44 million was cancelled from the negotiated amount equivalent to US\$27.8 million, of which US\$0.41 million due to misprocurement and US\$0.03 million due to unused credit funds.

Table 5: Key Indicators for Project Implementation and Operation

	SAR Planned	Actual
Part A. Health Sector Adjustment	#5	
1. Studies:		
(a) Hospital Fee System	1	a/
(b) Cost effectiveness of university hospital facilities	1	a/
(c) Cost effectiveness of basic health services and operations	1	1
(d) MSP's financial management, including hospital management plan ^a	1	a/
(e) Cost recovery of basic health services at the local level	1	1
(f) Improvement of the distribution of essential drugs	1	1
2. Sub-projects (implementation of recommendations resulting from studies above and some key activities agreed between Government and IDA)	n.d.	8
(a) Directorate of Studies and Programming (DEP)		
(b) Directorate of Health Protection and Sanitation		
(c) Directorate of Pharmacies and Labs (DPHL)		
(d) ONPPC		
(e) National Tuberculosis Control Center (CNAT)		
(f) Survey of Aspirations of Youth in Niger		
(g) STD/AIDS Program		
(h) 1988 General Census of the Population		
3. Support to Government's Initiatives in		
(a) development of cost recovery measures for basic health services	0	1
4. Sector Management		
(a) organizing annual meetings of all aid agencies participating in the financing of health sector activities in Niger	1/year	ad hoc
a/ These studies have been combined into one. Note: Details on indicators can be found in separate tables by components and sub-components in AISC.		

or not a good indicator
of proj. activ.
(final) b/c not all
activ. listed,
e.g. #vaccinations
(computers) p 30-1

Table 5 (continued)

	Planned	Actual		Planned	Actual
Part B. Basic Health and Family Planning Services					
1. Strengthening and extension of health care services:			(iii) staff training and fellowships:		
(a) Upgrading, rehabilitation and equipping of health facilities:					
• Rural dispensaries	113	126	• laboratory assistants	6	3
• PML/maternalities		51	• medical doctor in entomoparasitology	2	2
• Medical posts		23	• sanitary engineers	5	3
• Medical centers		8	• study tours on malaria control	3	3
• Sanitary blocks		15	• PNLCP coordinator in public health	1	0
		29	• PNLCP coordinator and one staff in resource management and economics in health programs	2	0
Other facilities:	n.d.		• PNLCP coordinator in malaria science and control	1	0
• Staff housing		20	• workshops and seminars	7	6
• ONPPC offices		2	(iv) community education	1	1
• EPS unit		2	(v) logistical support for supervision and monitoring of malaria control activities:		
• EPI shelters		45	• vehicles	4	4
• Antennes régionales EPS		6	(vi) study on the feasibility of a malaria vector control program (TA 2 months)	1	1
• CNSF store		1	(d) Coordination and management of a National Diarrheal Disease Control Program		
• Rehabilitation Centers		2	(i) TA (2 months) to develop program of monitoring and evaluation capability	1	1
• Garage SERPA		1	(ii) TA (5 months) to assist in periodic program evaluation	1	1
• Storage facility (SERAM, SERMEX)		2	(iii) Logistical support to Management Unit		
• Fencing for health facilities		12	• vehicles	1	1
• Rehabilitation of Nutrition centers		2	(iv) Staff training:		
(b) Evaluation of the efficiency of existing maintenance structures (SERAM), (SERMEX), (SERPA) for health facilities:			• management of health programs	4	2
(i) TA (4 months) to design efficient low-cost maintenance program;	1	1	• public health	1	1
(ii) TA (2 months) to strengthen existing maintenance system	1	1	• workshops and seminars	2	2
(iii) Vehicles (SERAM, SEMEX)	4	4	(v) IEC Program	1	1
(iv) Equipping (SERMEX, SERPA, SERAM)	3	3	(e) Expanded Program of Immunization (EPI)		
(v) Staff training:			(i) TA (6 months) for program monitoring and evaluation and a morbidity and mortality study of EPI target diseases for development of a initial database	1	1
• engineer to maintain and repair medical and surgical equipment	1	0	(ii) acquisition of vaccines	1	1
• mechanics to maintain vehicles	3	1	(iii) cold chain	1	1
• technicians in refrigeration	3	8	(iv) equipment for vaccination for fixed structures and mobile centers:		
• continuing training for SERAM technicians	n.d.	150	• No. of fixed centers	n.d.	343
• Biomedical Engineer	0	1	• advanced centers	n.d.	199
(c) National Malaria Control Program:			• mobile centers	n.d.	22
(i) initial stock of chloroquine and establishment of a revolving fund	1	1	(v) vehicles	16	16
(ii) diagnostic/lab equipment for 3 selected medical centers	3	3	(vi) vaccines and cold chain and vaccination equipment for mobile units	1	1

Table 5 (continued)

	Planned	Actual		Planned	Actual
(vii) staff training:			(iv) provision of overseas training and study tours for selected division staff and health education officers	3	3
• EPI introduction	1	1	(v) Appointment of 7 health education officers in each 7 departments	7	7
• EPI program management for officials	1	1	(b) Development of community participation in health and nutrition and of nutrition policy through:		
• workshops and seminars	4	4	(i) Development of a National Nutrition Policy:		
(viii) incremental operating costs	1	1	• workshop on the adoption of document	1	1
(f) Maternal and Child Health Care Services and MCH outreach			• adoption of National Nutrition Policy	1	0
(i) acquisition of vehicles	23	18	(ii) Extension to about 60 villages (in 3 regions: Zinder, Maradi, and Dosso) of the ongoing WHO-UNICEF pilot project	60	10
(ii) mopeds	119	114	(iii) provision of equipment and logistical support to the regional level:		
(iii) equipment:			• vehicles	2	2
• bby scales	52	52	• moto	0	4
• sewing machines and accessories	10	15	• equipment	2	2
(iv) operating expenses for village consultation and home visits			(iv) equipment and materials for village projects	60	10
(v) seminars	5	3	(v) TA (3 months) for development of a nutrition surveillance system and its integration into a health information system in villages	1	1
(vi) staff training:			(vi) KAP survey	1	1
- social workers	10	5	(vii) salaries of 6 trained staff to function as resources people and to initiate contact with villages (2 per regions)	1	0
(g) Expansion of Family Planning Activities			(viii) seminars aimed at providing selected villages with an operational program in the area of nutrition and food supply	20	20
(i) Initiatives in Family Planning Services to lead to a National Population Policy	1	1	(ix) study tours for staff of nutrition division	0	1
(ii) remodel facilities for the National FP Program for storage of contraceptives	1	1	(x) staff training in nutrition	0	2
(iii) acquisition of gynecological equipment for MCH centers (Niamey, Dosso, Tahoua, Maradi, Zinder, Diffa, and Agadez) and rural health facilities	7	7	3. Health Manpower Development (MSP with Ministry of Culture and Communication)		
(iv) acquisition of contraceptives for MCH centers and rural health facilities	1	1	(a) support to the establishment of a program for regular in-service training and regular field supervision for paramedical staff through:		
(v) execution of public information campaigns on family health and family planning	1	1	(i) acquisition of equipment and training materials	1	1
(vi) TA (9 months) to study current acceptance of FP in 3 dept. to refine program development	1	1	(ii) provision of logistical support and operating costs:		
(vii) specialized training for:			• vehicles	1	1
• gynecologists (3)	3	3	(iii) TA (4 months) to support implementation and program evaluation	1	1
• pediatricians (3)	3	2	(iv) grants for dissertations/thesis	25	10
• family health/FP specialists	70	225	(v) seminars	1	1
2. Development of Health Education and Community Participation in Health and Nutrition			(vi) fellowships in: specialized training for professional staff	203	109
(a) Development of an appropriate health education program through:			(vii) short term training for health staff	190	109
(i) Develop a national IEC program	1	1	(viii) refresher courses for staff	n.d.	133
(ii) acquisition of technical equipment and logistical support (vehicle) for schools and directorates	1	1	(ix) study tours	n.d.	19
(iii) TA (1 month) to finalize work program for the division and develop working methods; TA Social scientist (6 months) for field studies; TA media spec. (4 months/yr)	1	1			
			n.d = not defined.		

Table 6: Studies Included in Project¹

Study (Financier)	Purpose as defined at Appraisal/redefined	Status	Impact of study
PART A. HEALTH SECTOR ADJUSTMENT			
1. Hospital Fee System (USAID): This study was covered under Hospital Management Studies.	Revision of legislation concerning hospital fees and their application in order to improve cost recovery in national and department hospital.	Completed in 1992	These studies have revealed the imbalance between the fee structure in place and the actual cost of health care at the tertiary level. This finding <u>has led to a series of studies carried out in 1994 proposing the reforms of hospital and tariffication systems.</u>
2. Cost Effectiveness of Proposals to Use the University Hospital Facilities (USAID): This study was combined with the study on Hospital Management (see point 1 above).	Analysis of cost effectiveness of various proposals including (a) transferring certain services of the national hospital of Niamey to the university hospital complex; and (b) establishing with a view to reducing evacuation abroad.(see point 1 above)	See point 1 above	See point 1 above.
3. Cost Effectiveness of Basic Health Services and Operations (USAID).	Analysis of basic health services with a view to increasing cost effectiveness and improving management and utilization of resources.	Completed in 1989.	The findings of the study were <u>instrumental in the elaboration of cost recovery schemes and the carrying out</u> of the study mentionned under point 5 below.
4. Financial Management and Hospital Management (USAID). This study was carried out through a study on the national budget for health and financial resources allocation, including the hospital and non-hospital sectors resource allocations. (This study is part of the studies mentionned under points 1 and 2 above).	Analysis of current financial accounting and management practices with a view to establishing an improved financial management system encompassing the entire health sector; and analysis of current hospital management practices with a view to improving cost effectiveness of hospital services.	Completed in 1991	National hospitals were accorded greater financial and managerial autonomy. This reform has prompted improvements both in resource mobilization and in hospital management practices.
5. Cost Recovery of Basic Health Services (USAID/IDA). This study is part of point 3 above.	Analysis of various alternatives for cost recovery of basic health services, elaboration of a fee system and recommendations for its application to assist MOPHSA to implement its policy of cost recovery at all levels of services.	Completed in 1993.	The findings of the study were <u>instrumental in the elaboration of the recently adopted law on cost recovery in primary health care and the non tertiary health sector.</u>

¹ The majority of the studies planned under Part A of the project were financed under a grant from USAID as part of the Health Sector Development program. Only two studies were financed by the Project, those are the studies on the Supply and Distribution Practices of Drugs and on Regional Programs in the Health Sector.

drugs?

✓ excellent

but all financed by usaid! Why listed as part of the project Bank or still involved?

Table 6 (continued)

Study (Financier)	Purpose as defined at Appraisal/redefined	Status	Impact of study
6. Extension of the Drug Distribution System (IDA). Also referred to as Supply and Distribution Practices of Drugs.	Analysis of present drug supply and distribution practices and recommendations for improving drug availability to the population at large.	Completed in 1991.	Following the study's recommendations, the MOH has created two insitutional bodies to help define a pharmaceutical policy and regulate the drug sector. These institutions are the " <i>Inspection générale des pharmacies</i> " and " <i>Direction des pharmacies et laboratoires</i> . The pharmaceutical policy remains to be finalized in order to establish a reliable system of essential drug supply and distribution.
7. Regional Programs in the Health Sector (IDA).	Not planned at appraisal. A series of studies on regional programs in health were finaned by the Project. These studies intended to analyse: (a) Niger's socio-economic status; (b) the health care system; and (c) the <u>financing, organization and management of the health system</u> .	Completed in 1993.	These studies made recommendations and proposals in the areas of decentralization of the health care system, health financing mechanisms, and promotion of the private sector. The findings of the studies were also taken into account in the elaboration of the " <u>Plan de Developpement Sanitaire, 1994-2000</u> ".
Malaria Program		Completed in 1989.	The study's findings has revealed the mode of transmission common to Niger and the most cost effective treatment available
1. Study on the Feasibility of a Malaria Vector Control Program	Feasibility and design of a vector control program.		
2. Sensitization Studies	Study of the population's knowledge about malaria and its treatment for targeting of health education activities.	Completed in 1992.	Results of the study led to the establishment of a revolving fund that was meant to ensure availability of chloroquine at all times. The results of a KAP survey in 1992 revealed that the population was aware of the heavy period of transmission (80%), knew the major signs of sickness (87%), but that only 31% knew about chloroquine.
EPI:			
1. Survey on Morbidity and Mortality of EPI Target Diseases	<u>Evaluation of EPI effectiveness</u> <i>McGunder born</i>	Completed in 1988	A national survey revealed that the objectives for year 1988 had practically been achieved in terms of coverage (80%), but that there was great discrepancies between coverage in the urban areas (better) as compared to the rural areas.
Diarrhea Program:			
1. Evaluation Studies	<u>Evaluation of different diarrhea control interventions.</u>	Completed in 1988	No comments.
Health Education:			
1. Study of Environment	Study of the population's knowledge and awareness of health issues with a view to developing and targeting appropriate interventions.	Completed.	To serve as a basis for a national program for IEC.

★
Excellent

81

Text says 55%

Table 7A: Project Costs
(in US\$ million)

TA?

Project Components	Appraisal Estimate			Actual/Latest Estimate		
	Local Costs	Foreign Costs	Total	Local Costs	Foreign Costs	Total
PART A. POLICY REFORM						
1. Policy Development Studies	0.0	0.3	0.3	0.2	1.3	1.5 TA
2. Funds for Implementing Sub-projects	1.5	1.8	3.3	1.2	1.8	3.0
Subtotal Part A	1.5	1.8	3.6	1.4	3.1	4.5
PART B. STRENGTHENING OF BASIC HEALTH AND FAMILY PLANNING SERVICES						
1. Strengthening of Existing Services	5.3	7.9	13.1	9.7	13.6	23.3 phys.
2. Development of Health Education and Community Initiative in Health and Nutrition	0.7	0.9	1.6	2.2	2.8	5.0
3. Health Manpower Development	1.0	2.3	3.3	1.3	3.8	5.1
Subtotal Part B	7.0	11.1	18.1	13.2	20.2	33.4
PART C. PROJECT MANAGEMENT AND ADMINISTRATION	0.4	1.0	1.4	1.4	1.2	2.6 TA
PART D. REPAYMENT OF PPF	0.3	0.7	1.0	0.1	0.1	0.2 price of credit?
Total Base Costs	9.2	14.9	24.1	16.1	24.6	40.7
Physical Contingencies	0.5	0.9	1.4	n.a.	n.a.	n.a.
Price Contingencies	1.5	2.4	3.8	n.a.	n.a.	n.a.
TOTAL PROJECT COSTS	11.2	18.2	29.3	15.5	24.6	40.7

Sources: Staff Appraisal Report, Rpt. No. 5937-NIR; Project Management Unit; Project Audit Report 1995; Loan Database of November 28, 1995.

1.5
2.6
4.1

Table 7B: Project Financing
(in US\$ million)

Source	Appraisal Estimate			Actual/Latest Estimate		
	Local Costs	Foreign Costs	Total	Local Costs	Foreign Costs	Total
IDA	9.6	18.2	27.8	13.5	24.6	37.1
Cofinancing Institution	N.A.	N.A.	N.A.	0.8	0.0	0.8
Other External Sources	N.A.	N.A.	N.A.	0.2	1.0	1.2
Domestic Contribution	1.5	0.0	1.5	1.6	0.0	1.6
TOTAL	11.1	18.2	29.3	16.1	24.6	40.7

Source: Staff Appraisal Report, Rpt. No. 5937-NIR; Project Management Unit; Project Audit Report 1995; and Loan Database of November 28, 1995.

Note: Cofinancing Institution: The Kingdom of the Netherlands has granted the equivalent of 1.4 million NLG in May 1994 to provide for budgetary support; External Sources: Unforeseen grant from USAID in the equivalent of 600 million CFAF was made available for the financing of the studies under Part A of the Project.

Table 8: Economic Costs and Benefits

No attempt was made at appraisal to estimate net present value (NPV) or economic rate of return (ERR) and therefore there is no baseline against which to judge a re-estimate for evaluation purposes.

Table 9: Status of Legal Covenants

Agreement	Section	Covenant type	Present status	Original fulfillment date	Revised fulfillment date	Description of covenant	Comments
Cr. 1668-NIR	3.01 (b)	10	C	Project Life	Project Life	Without limitation upon the provision of paragraph (a) of this Section, the Borrower shall carry out the Project in accordance with the Implementation Schedule 4 to this Agreement as such Schedule may be amended from time to time by agreement between the Borrower and the Association.	Pilot cost recovery program was completed. Law on the generalization of cost recovery system was adopted in June 1995 by the National Assembly. Study on essential drugs distribution/procurement system was completed. Other studies that were foreseen under the Project have been carried out under an USAID Grant. ✓
	3.02	10	C	Project Life	Project Life	Except as the Association shall otherwise agree, procurement of goods, works and services required for the Project and to be financed out of the proceeds of the Credit shall be governed by the provisions of Schedule 3 to this Agreement.	Misprocurement to the sum of 111 million CFAF was detected and cancelled from the credit. Total amount of 140 million CFAF was reimbursed by Government.
	3.03	9, 10	CP	Project Life	Project Life	The Borrower shall annually: (i) organize a meeting of all aid agencies participating in the Borrower health sector financing in order to review the progress made in said sector and to coordinate further assistance;	Formal meetings have not been organized but a number of informal consultations and discussions among donors and Government took place. These meetings have proven to be very effective (i.e., cost recovery-USAID; nutrition, PEV-Unicef; essential drugs-FED). OK
	3.03	2, 4	C	Project Life	Project Life	(ii) review in detail with the Association all investment made in the health sector during the previous year and expected during the next three years including recurrent cost implications regardless of source of financing of such investments; and	The Association has continued reviewing other investments in the sector and made adjustments to the Project accordingly.
	3.03	2, 4	CP	Project Life	Project Life	(iii) review in detail with the Association recurrent budget allocation to support the health sector adjustment.	Last review was held during the preparation of the Policy Framework Paper in 1993.
	3.04	2	NC	Project Life	Project Life	The Borrower shall open and maintain through ONPPC an account in a commercial bank under terms and conditions mutually agreed upon by the Borrower and the Association to finance exclusively the replenishment of chloroquine for the malaria control program under Part A.1 (i) of the Project. All proceeds from the sales of chloroquine financed under the Project shall be deposited in said account.	The 1994 audit of the chloroquine account has shown that proceeds have not been deposited in said account which has hindered its revolving objectives. As of November 1995, ONPPC has deposited 122 million CFAF in the account for which a Government proposal on the use of the funds has been agreed with IDA. The account will be closed upon last payment made for the expenditures. ← OK

Borrower

Agreement	Section	Covenant type	Present status	Original fulfillment date	Revised fulfillment date	Description of covenant	Comments
	3.05	9, 10	C	Project Life	Project Life	In order to carry out Part B. of the Project, the Borrower shall submit to the Association by July 31 of each year for review and approval, the annual in-service training plans, including study tour and fellowship proposals provided for selected health care personnel under the Project.	This was carried out annually as part of the "Plan Annuel de Mise en Oeuvre" prepared by the Government. ✓
	3.06	4	CP	Project Life	Project Life	Without limitation upon the generality of the provisions of Section 3.01 (a) of this Agreement, the Borrower shall open an account in a commercial bank and shall deposit in such account an amount of CFAF 30,000,000. The account shall be operated by PMU and shall be replenished monthly by the Borrower at PMU's request. Funds shall be withdrawn from this account only for the purpose of meeting the Borrower's local cost contribution to the Project not financed out of the proceeds of the Credit.	There were great difficulties in carrying out project activities due to lack of counterpart funds until the beginning of 1994. At that time, the Government of Netherlands granted the equivalent of 1.4 million NLG to the Project to provide for budgetary support. After project closing date, Government has made the decision to use the balance of the funds for financing the rehabilitation of one hangar at ONPPC and for purchasing anti-meningitis vaccins as well as other essential items for the sector. Report also shows that Government has fully reimbursed accumulated arrears in counterpart funds. ← p.m.
	3.07	10	CP	12/31/86	12/31/86	The Borrower shall prepare in collaboration with the Association and submit to the Association for approval detailed plans of action not later than: (i) December 31, 1986, on the supervision of health field staff;	A supervision plan was prepared but not adequately applied due to recurrent budget difficulties.
	3.07	10	C	01/31/87	01/31/87	(ii) January 31, 1987, on a maintenance system for secondary health structures including efficient low cost design;	Protracted delays in development of maintenance system due to limited capacity in the Directorate of Infrastructure. A civil work engineer was recruited to help develop a maintenance system and monitor implementation.
	3.07	10	C	03/31/87		(iii) March 31, 1987, on a nutrition surveillance system together with a proposed timetable for implementation.	A "Programme National d'Action de Nutrition" has been elaborated. Indicators for nutrition have been integrated in the SNIS with the financial support of USAID. This has provided the necessary data for establishing a nutrition surveillance system. ✓

Agreement	Section	Covenant type	Present status	Original fulfillment date	Revised fulfillment date	Description of covenant	Comments
	3.08	10	C	Project Life	Project Life	The Borrower shall prepare and submit to the Association not later than September 1 of each year: (a) the results of the evaluation of the past vaccination campaign; and (b) a vaccination program for the coming campaign, satisfactory to the Association.	Evaluation was carried out in 1994. Vaccination program is part of the daily activities in health services facilities. Quarterly reports of vaccination campaign were also sent to WHO/Unicef and IDA.
	4.01 (a)	2	C	Project Life	Project Life	The Borrower shall maintain or cause to be maintained records and accounts adequate to reflect in accordance with sound accounting practices the operations, resources and expenditures in respect of the Project of the departments or agencies of the Borrower responsible for carrying out the Project or any part thereof.	<u>Misprocurement and misuse of funds at the start of the project have caused the dismissal of the then Project Director and the Accountant, the cancellation of 111 million CFAF of Credit funds, and the reimbursement of 140 million CFAF to the Credit by the Government.</u> There has been difficulties with regards to <u>bookkeeping of the chloroquine revolving funds account and the special account for the 1988 population census.</u>
	4.01 (b)	2	C	Project Life	Project Life	The Borrower shall: (i) have the accounts referred to in para. (a) of this Section including the Special Account, the Local Advance Account and chloroquine revolving fund for each fiscal year audited, in accordance with appropriate auditing principles consistently applied, by independent auditors acceptable to the Association; (ii) furnish to the Association, as soon as available, but in any case not later than six months after the end of each such year, a certified copy of the report of such audit by said auditors, of such scope and in such detail as the Association shall have reasonably requested; and (iii) furnish to the Association such other information concerning the said accounts and the audit thereof and said records as the Association	All project audits have been submitted to IDA; the audit reports from FY93 have <u>indicated problems related to the financial management by ONPPC of the chloroquine revolving funds as well as the records keeping of the special account for the 1988 population census.</u> A meeting consisting of the Minister of Finance, Minister of Health, Secretary General for Health, the Project Director and Resident Mission staff is held after each audit to discuss its findings.

Agreement	Section	Covenant type	Present status	Original fulfillment date	Revised fulfillment date	Description of covenant	Comments
	4.01 ©	2	C	Project Life	Project Life	shall from time to time reasonably request. For all expenditures with respect to which withdrawals from the Credit Account were made on the basis of statements of expenditure, the Borrower shall: (i) maintain or cause to be maintained, in accordance with para. (a) of this Section, separate records and accounts reflecting such expenditures; (ii) retain, until at least one year after the completion of the audit for the fiscal year in which the last withdrawal from the Credit Account was made, all records (contracts, orders, invoices, bills, receipts and other documents) evidencing such expenditure; (iii) enable the Association's representatives to examine such records; and (iv) ensure that such separate accounts are included in the annual audit referred to in para. (b) of this Section and that the report thereof contains, in respect of such separate accounts, a separate opinion by said auditors as to whether the proceeds of the Credit withdrawn in respect of such expenditures were used for the purposes for which they were provided.	See Section 4.01 (a) and (b) above.

Covenant type

1. = Accounts/audits
2. = Financial performance/revenue generation from beneficiaries
3. = Flow and utilization of project funds
4. = Counterpart funding
5. = Management aspects of the project or executing agency
6. = Environmental covenants
7. = Involuntary resettlement

8. = Indigenous people
9. = Monitoring, review, and reporting
10. = Project implementation
11. = Sectoral or cross-sectoral budgetary or other resource allocation
12. = Sectoral or cross-sectoral policy/ regulatory/institutional action
13. = Other

Present Status:

- C = covenant complied with
CD = complied with after delay
CP = complied with partially
NC = not complied with

Handwritten signature

Table 10: Compliance with Operational Manual Statements

Statement Number and Title	Description and comment on lack of compliance
1. O.D. 11.00 Procurement (para. 81)	Misprocurement and misuse of credit funds have caused the dismissal of the Project Director and Accountant, the cancellation of 111 million CFAF, and the reimbursement of 140 million CFAF by the Government.
2. O.D. 13.05 Project Supervision (para. 4)	The Bank did not allocate sufficient Bank staff and other resources commensurate with the nature, complexity and size of the project.
3. O.D. 13.05 Project Supervision (Annex D, para. 29)	A few legal covenants were not complied with. Refer to Table 10, Status of Legal Covenants and DCA, Sections 3.03 (i), 3.04, and 4.01.

partial, (NC)

Table 11: Bank Resources: Staff Inputs

Stage of Project Cycle	Actual	
	Weeks	US\$
Preparation to Appraisal	110.9	162,900
Appraisal	59.7	80,900
Negotiations through Board Approval	4.5	6,600
	<u>174.1</u>	
Supervision	203.6	354,700
Completion	13.2	21,200
TOTAL	391.9	626,300

Source: Cost Accounting System (January 3, 1996).

Table 12A: Bank Resources - Missions

					Performance Rating		
Stage of Project Cycle	Month/Year	Number of Persons	Days in Field	Specialized Staff Skills Represented	Implementation Status	Development Objectives	Types of Problems
A. To Appraisal:							
Reconnaissance I	05/80	1	14	E	12 pre appraisal missions \$5 yrs		
Reconnaissance II	11/80	3	10	E, FA, PH			
Identification	02/82	2	12	E, PH			
Preparation I	06/82	2	5	E, PH			
Preparation II	10/82	2	2	E, M. Furst			
Preparation III	02/83	4	14	E, MF, PH, IEC			
Preparation IV	05/83	1	17	E			
Preparation V	08/83	3	14	E, PH, IEC			
Preparation VI	04/84	3	20	E, TRG			
Preparation VII	07/84	6	10	E, PH (2), IEC, MC (2)			
Preparation VIII	10/84	3	21	E (2), PH			
Preappraisal	02/85	6	10	E, PH, MCH, MC, HE, PEV			
Total A		36	149				
B. Appraisal through Board Approval:							
Appraisal	06/85	7	17	HS, E, EH, E, A, OA, PH			
Post-appraisal	09/85	2	5	HS, OA			
Total B		9	22				
C. Board Approval through Effectiveness							
	08/86	2	10	PG, MGT			
	09/86	2	5	D, OA			
Total C.		4	15				
Supervision	09/86 - 03/94 (15 missions)	41	184	D; ED; POP; PH; RM; OA; A; CE			PMP; CLC; AOF; PP; TAP
Completion	06/95	9	7	PH (2); OA; RM (2); HRS; MGT; COS; PHA			

Specialization:

A: Architect; CE: Civil Engineer; COS: Cost Recovery Specialist; D: Demographer; E: Economist; ED: Educator; EH: Health Economist; FA: Financial Analyst; HE: Higher Education Specialist; HS: Health Specialist; IEC: IEC Specialist; IS: Implementation Specialist; MC: Malaria Control Specialist; MCH: Maternal and Child Health Specialist; PEV: EPI Specialist; PHA: Pharmaceutical Specialist; MGT: Project Management Specialist; OA: Operations Analyst; PG: Planning Specialist; PH: Public Health Specialist; PO: Project Officer; POP: Population Specialist; RM: Resident Mission staff; TRG: Training Specialist

Types of problems for performance:

AOF: Availability of Funds; CLC: Compliance with Legal Covenants; DL: Disbursement Lag; OS: Overall Status; PDO: Project Development Objectives; PMP: Project Management Performance; PP: Procurement Progress; SP: Studies Progress; TAP: Technical Assistance Progress; TP: Training Progress

Table 12B: Bank Resources - Supervision Missions

Stage of Project Cycle	Month/Year	Number of Persons	Days in Field	Specialized Staff Skills Represented	Performance Rating by Type									
					OS	PDO	CLC	PMP	AOF	PP	TP	TAP	SP	DL
Supervision 1	09/86	2	5	OA	1	1	n.a.	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0%
Supervision 2	02/87	2	4	PO, PH	1	1	n.a.	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-24%
Supervision 3	07/87	2	9	PO; PH	1	1	n.a.	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	50.4%
Supervision 4	11/87	2	5	D; A	1	1	n.a.	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	51.8%
Supervision 5	07/88	1	11	D	1	1	n.a.	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	19.1%
Supervision 6	03/89	2	10	D; PH	2	2	n.a.	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	12.4%
Supervision 7	11/89	1	11	D	2	2	1	2	1	2	2	3	3	36.2%
Supervision 8	06/90	3	14	D; ED; PH	2	3	2	2	1	2	2	3	3	25.1%
Supervision 9	11/90	3	15	D; ED; A	2	2	3	3	1	3	2	3	2	29.9%
Supervision 10	11/91	3	11	D; A; POP	3	2	3	3	3	3	1	3	1	27.8%
Supervision 11	06/92	3	27	D; POP; CE	3	2	3	2	4	2	1	2	1	25.6%
Supervision 12	11/92	3	18	D; POP; RM	2	2	3	2	4	2	1	2	1	13.3%
Supervision 13	06/93	5	12	D; POP; IS; PH; RM	2	2	2	2	4	2	1	2	1	13.5%
Supervision 14	10/93	4	17	D; POP; PH; RM	2	2	2	2	2	2	1	2	1	9.7%
Supervision 15	03/94	5	15	D; POP; RM (2); OA	2	2	2	1	2	2	1	2	1	8.3%
TOTAL		41	184											

n.a. = not available.

Specialization:

A: Architect; CE: Civil Engineer; D: Demographer; ED: Educator; IS: Implementation Specialist; OA: Operations Analyst; PH: Public Health Specialist; PO: Project Officer; POP: Population Specialist; RM: Resident Mission staff

Types of problems for performance:

AOF: Availability of Funds; CLC: Compliance with Legal Covenants; DL: Disbursement Lag; OS: Overall Status; PDO: Project Development Objectives; PMP: Project Management Performance; PP: Procurement Progress; SP: Studies Progress; TAP: Technical Assistance Progress; TP: Training Progress.

ratings 1 = problem free
2 = minor prob.
3 =
4 = major ?

prob. prob? ?

APPENDICES

REPUBLIQUE DU NIGER

Projet Santé
(Crédit 1668-NIR)AIDE-MEMOIRE
MISSION DE SUPERVISION FINALEI. Introduction

1. Une mission de la Banque Mondiale a séjourné au Niger du 26 juin au 15 juillet 1995. L'objet de la mission était : (a) d'entreprendre la supervision finale du premier projet Santé financé par l'IDA (Crédit 1668-NIR) dont la date de clôture était le 30 juin 1995, et d'initier conjointement avec le Gouvernement la préparation du rapport final sur l'exécution du projet (RFE); et (b) de revoir et de discuter avec le Gouvernement le travail fait par l'équipe technique chargée de l'élaboration du deuxième projet santé et d'établir un plan d'actions pour la préparation du second projet devant être financé par l'IDA qui sera l'objet d'une éventuelle mission de pré-évaluation.

2. La combinaison de ces deux tâches a permis à la mission de faire l'analyse de réalisations accomplies dans le cadre du premier projet d'une part et d'autre part de prendre en compte pour la conception du deuxième projet les expériences acquises. Un Aide-Mémoire couvrant la préparation du deuxième projet a été préparé séparément. Le présent Aide-Mémoire couvre essentiellement la supervision finale du projet Santé (Crédit 1668-NIR).

3. La mission était composée de Mesdames/Messieurs Denise Vaillancourt, Chef de Mission, Johanne Angers, Analyste des Opérations, Rougui Diallo, Chargée des Programmes, Pierre Nignon, Chargé des Programmes, Régina Amadi, Consultante/Specialiste en Gestion, François Diop, Consultant/Specialiste en Recouvrement des Coûts, Marie-Paul Fargier, Consultante/Pharmacienne, Dr. Sanoussi Konaté, Consultant/Specialiste en Santé Publique, et Aboubacar Magassouba, Consultant/Specialiste en Gestion des Projets.

4. En outre, dans l'esprit d'une meilleure collaboration des intervenants dans le secteur santé, des spécialistes des partenaires du secteur ont également participé et contribué au travail de la mission: Dr. Gaston Sorgho, Assistant au Conseiller Régional en Santé et Hygiène, Ambassade Royale des Pays-Bas, Burkina Faso; Mme. Agatha Pratt, Administratrice Santé, Unicef/Niger; et M. Denis Valot, Administrateur Nutrition/Sécurité Alimentaire, Unicef/Niger.

5. La mission remercie S.E. Monsieur Kalla Ankouraou, Ministre de la Santé Publique, S.E. Madame Dodo Aichatou Mindaoudou, Ministre du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme, Mr. Amsagana Maïna Boukar, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, M. Ibrahim Magagi, Directeur du Bureau du Projet Santé, et tous les Directeurs des Programmes et autres cadres du Ministère de la Santé Publique, le personnel du Bureau du Projet Santé, et les membres de l'équipe chargée de l'élaboration des différents rapports d'évaluation sur le premier projet Santé pour l'excellent accueil réservé à la mission et l'esprit de collaboration qui a prédominé durant le travail.

6. La mission a également tenu des discussions avec les partenaires intervenant dans le secteur de la santé, y compris les agences multilatérales et bilatérales et ONGs. Une liste des personnes rencontrées ainsi que des documents consultés se trouvent en **Annexes 1 et 2**.

pas ici

II. Méthodologie

7. L'évaluation finale du projet s'est déroulée suivant une approche participative, et a été le résultat de plusieurs évaluations à différents niveaux:

(a) Le Gouvernement a organisé en mai 1995 à Maradi, un atelier qui a préparé l'évaluation interne du projet. Les participants à cet atelier ont été (i) le personnel du niveau central du Ministère de la Santé, y compris le directeur du projet et les coordinateurs des différentes composantes; (ii) les gestionnaires et le personnel de soins de la pyramide sanitaire; (iii) les représentants des syndicats; (iv) des représentants de différents ministères, et (v) les autorités locales de Maradi. Un rapport d'évaluation interne du projet a été finalisé.

(b) Une enquête auprès des bénéficiaires a été réalisée en juin 1995 dans les départements de Maradi et de Dosso. Cette enquête visait à recueillir l'opinion des communautés sur la situation sanitaire, sur l'impact ressenti par celles-ci par la réalisation du projet, et sur leurs priorités en matière de santé.

(c) Une évaluation externe du projet a été réalisée par un consultant externe local; les principaux axes de sa méthodologie ont été: l'étude documentaire, les entretiens avec les intervenants et les bénéficiaires du projet, et une mission sur le terrain.

(d) La mission santé de la Banque Mondiale a eu des discussions avec les principaux acteurs de l'exécution du projet. La mission a effectué des visites sur le terrain dans le département de Tillabery (Tera, Torodi et Makalondi), dans les Départements de Maradi, de Tahoua (Konni) et de Dosso (Loga), ainsi qu'à Niamey. Ceci a permis d'évaluer les réalisations du Projet Santé et de discuter avec les populations de son impact sur leur milieu. La mission a aussi eu l'occasion de travailler et de discuter avec des administrateurs, des gestionnaires, le personnel de santé dans les formations sanitaires, et avec différentes autorités des Ministères de l'Intérieur, des Finances et du Plan, et de la Fonction Publique. La mission a eu également à analyser les rapports élaborés par les coordonnateurs des programmes sur les composantes du projet. Cela a permis de faire le point sur les résultats obtenus, sur les contraintes et les difficultés rencontrées lors de l'exécution du projet, sur la viabilité des services mis en place, et de tirer les leçons des expériences acquises.

(e) Un atelier de travail final s'est tenu à Niamey du 10 au 11 juillet 1995, et a permis un échange entre les différents partenaires du secteur santé sur les résultats du projet, les succès et les échecs. Il a aussi permis d'acquérir les expériences utiles pour la conception du second projet santé.

III. Rappel des objectifs du projet

8. Le projet avait pour objectif d'aider le Gouvernement à introduire des réformes structurelles dans le secteur de la santé notamment grâce à des études et des programmes de réformes visant à améliorer la planification des investissements, l'affectation des dépenses de fonctionnement, le recouvrement des coûts, l'approvisionnement en médicaments essentiels sous nom générique, la gestion du secteur, et la coordination de l'aide extérieure. Ce projet visait aussi à aider le Gouvernement à définir des mesures en matière de population, de planification familiale et de nutrition. De plus, pour appuyer le programme de réformes sectorielles, le projet avait pour objectif de renforcer les programmes et services de santé prioritaires: (a) protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et les maladies transmissibles; (b) l'éducation pour la santé et les initiatives collectives en matière de santé et de nutrition; (c) la formation du personnel de la santé.

9. Pour réaliser ces objectifs, le projet comportait deux composantes principales:

Partie A. La réforme de la politique sectorielle, comprenant la réalisation d'études et la mise en oeuvre des stratégies à réaliser découlant de ces études ou de l'expérience opérationnelle; et

Partie B. Le renforcement des services de santé de base et du programme de planification familiale, comprenant le renforcement des programmes existants (paludisme, maladies diarrhéiques, vaccinations, protection maternelle et infantile et planification familiale); la promotion de l'éducation sanitaire et celle d'initiatives communautaires dans le domaine de la santé et de la nutrition; et la valorisation du personnel de santé.

IV. Constats de la mission

10. Il faut noter que malgré un environnement politique et économique difficile pendant la durée d'exécution de ce projet, ce dernier a accompli un nombre considérable de réalisations. Bien que l'ensemble des objectifs prévus n'aient pas été réalisés, des progrès importants ont été obtenus avec l'assistance du projet, particulièrement en matière de réformes et à la formulation des politiques du secteur. Un nombre non négligeable de leçons ont aussi été tirées de la conception et de la réalisation de ce projet. Le chapitre qui suit mettra en exergue les constats de la mission, qui seront davantage analysés et développés au cours de la préparation du rapport final d'évaluation. L'annexe 3 de cet aide-mémoire fournit de plus amples détails sur les constats de la mission pour chacune des composantes du projet.

A. Acquis du projet

11. **Amélioration de la gestion stratégique et de la réforme de la politique sectorielle:** la gestion stratégique du secteur de la santé a connu des améliorations durant la période du Projet avec le transfert de la responsabilité de l'exécution de la partie A du Projet du Ministère du Plan au Ministère de la Santé Publique (MSP). Les capacités institutionnelles du MSP ont été renforcées avec la création de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP) et la Direction des Pharmacies et Laboratoires (DPLH). Ces deux unités jouent actuellement un rôle important dans le domaine de la planification du secteur sanitaire, et de la politique du médicament. Au niveau des services de soins, la transformation des hôpitaux nationaux en établissement public à caractère administratif jouissant d'une plus grande autonomie financière a permis d'améliorer la mobilisation des ressources internes et la gestion de ces hôpitaux. L'adoption par l'Assemblée Nationale en juin 1995, de la loi sur le recouvrement des coûts des soins de santé primaires dans le secteur non-hospitalier a consolidé la mobilisation et la gestion des ressources internes dans le secteur. Ces nouvelles mesures de financement des services de soins ont jeté les bases d'une amélioration de la qualité des services de santé, de l'efficacité et de l'équité du système de santé. Le processus des études et de la planification dans le cadre du Projet a renforcé les capacités de gestion du MSP. Les études ont contribué à une meilleure connaissance des contraintes et faiblesses du système de santé; leurs conclusions et recommandations ont largement contribué à l'élaboration du projet de Plan de Développement Sanitaire 1994-2000 dont l'amélioration et l'adoption offriraient un cadre sectoriel cohérent. Par ailleurs, les résultats des études ont servi de base à la création de la DPLH, à la réforme hospitalière, et à la réforme dans le financement des soins de santé primaires. Enfin, la coordination avec l'USAID et l'UNICEF dans le cadre de l'exécution du Projet a jeté des bases pour une meilleure coordination de l'action des intervenants du secteur de la santé.

12. **Amélioration des compétences en matière de prestations de services:** les différentes formations ont permis d'accroître les compétences du personnel dans le domaine de la planification, de la gestion, de la santé publique, et des prestations de services. Le développement des programmes prioritaires et des infrastructures ont permis d'améliorer la couverture sanitaire. Un comité interministériel a été créé pour la lutte contre le paludisme, et une politique nationale de la nutrition a été définie dans le cadre d'une approche multi-sectorielle. Un certain nombre de progrès ont aussi été réalisés (tels qu'une meilleure qualité des prestations de soins que ce soit dans le domaine de la prévention, dans l'augmentation de la capacité d'accueil des formations sanitaires, l'intensification des activités d'IEC et d'EPS, et dans la responsabilisation des communautés pour les activités de santé).

B. Activités non finalisées

13. Le projet n'a cependant pas atteint tous ses objectifs. C'est notamment le cas pour le programme PEV où les objectifs prévus en matière de couverture vaccinale n'ont été atteints qu'à 55%, et en matière de

formation où seules 48% d'entre elles ont été réalisées. C'est aussi le cas pour les équipements et les antennes régionales acquis dans le domaine de l'éducation pour la santé, mais qui ne sont pas utilisés. Enfin, il faut noter qu'il n'y a eu au cours du projet aucune réunion de coordination entre les bailleurs de fonds sur le secteur santé au Niger.

C. Expériences apportées par le projet

14. Un certain nombre d'expériences ont été tirées de l'exécution du projet, qui vont permettre une meilleure approche dans la planification du second projet santé. Ces expériences ont permis de constater les faiblesses à différents niveaux:

(a) au niveau de la prestation des services: absence de supervision effective malgré la préparation par le Gouvernement d'un plan de supervision pour lequel le financement n'a jamais été demandé dans le cadre des fonds alloués aux sous-projets; une politique d'éducation pour la santé inexistante et un très faible accent mis sur la prévention.

(b) au niveau de l'organisation et de la gestion: une mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles; une mauvaise intégration des activités du projet due à la verticalité des programmes; une mauvaise définition des responsabilités à chaque niveau du système sanitaire et des insuffisances dans la gestion stratégique, y compris la programmation, la planification, la budgétisation, la coordination de l'aide, le suivi des résultats des études et l'évaluation des activités.

(c) au niveau du partenariat: la participation communautaire a été faible notamment en ce qui concerne la conception du projet et la prise en compte de leurs demandes et perspectives; de même que la participation des femmes dans cette participation communautaire a été très limitée. Il y a aussi eu une faible coordination inter-sectorielle, alors que les besoins des populations font appel à une intervention des différents secteurs.

15. Des leçons ont été tirées des faiblesses rencontrées dans la conception du projet qui permettront à l'avenir d'avoir des objectifs clairs et réalistes, des moyens adaptés aux objectifs, une consultation des populations sur leurs besoins, la définition d'indicateurs de performance et de l'impact, une corrélation entre les moyens mis en oeuvre et les résultats, une bonne quantification des objectifs définis, une flexibilité dans la planification des projets notamment par la mise en place de plans glissants, la prise en charge des initiatives par le Gouvernement, l'implication des différents bailleurs de fonds dans la conception et dans l'évaluation du projet, et l'estimation et la minimisation de tous les coûts d'investissement et de fonctionnement.

16. Un certain nombre de leçons ont aussi été tirées des lacunes observées dans la gestion du projet: la nécessité de former le personnel aux procédures de passation des marchés, l'importance d'avoir une coordination entre les différents responsables de programmes, la nécessité de maintenir en place le personnel des projets et les coordonateurs de programmes, une bonne exploitation de l'évaluation à mi-parcours du projet, un suivi adéquat des aides-mémoires des missions, une décentralisation de la gestion du projet, une intégration de la cellule de coordination du projet au sein du Ministère de la Santé Publique, un meilleur suivi et une évaluation des formations données, une mise à disposition des fonds plus rapide, et enfin l'importance de l'établissement des rapports trimestriels ou au moins semestriels pour permettre un suivi et une amélioration des programmes et activités.

17. Des leçons ont aussi été tirées quant à l'engagement de la Banque Mondiale dans le suivi des projets: le suivi des recommandations des aides-mémoires, une accélération des procédures dans les approbations des contrats et les avis de non-objection, et une composition des missions de supervision mieux adaptée aux problèmes à régler. La mission a aussi été satisfaite d'apprendre du Ministre et des autres cadres du Ministère de la Santé Publique, qu'ils ont grandement apprécié le rôle joué par l'équipe de la mission résidente dans la facilitation et l'accélération de l'exécution des activités du projet. La mission en retour a exprimé son intention d'accroître davantage le rôle et les responsabilités de la mission résidente à cet égard.

Lessons learned for 2°

V. Conclusions

18. Il est à noter que toutes les leçons tirées de cette expérience ont déjà été intégrées dans le Plan National de Développement Sanitaire 1994-2000, et les plans de développements des districts sanitaires qui tous deux servent de plan opérationnel pour le deuxième projet. Cette expérience est aussi prise en compte au niveau de la nouvelle approche sectorielle de la Banque Mondiale en matière de conception et d'exécution de projets (voir l'aide-mémoire sur la préparation du deuxième projet santé). La mission félicite le Gouvernement du Niger pour le dévouement de ses agents dans l'exécution des activités prévues dans le cadre de ce projet malgré les problèmes politiques et économiques que le pays a connu durant toute la période d'exécution de ce projet.

VI. Calendrier d'exécution du rapport final sur l'exécution du projet

19. La mission a apporté des suggestions et appuis au Gouvernement pour la préparation de la contribution de ce dernier au rapport final sur l'exécution du projet. Les directives précisant l'organisation et les objectifs de ce rapport sont présentés en annexe 4 de cet Aide-Mémoire. Enfin, la mission et le Gouvernement se sont mis d'accord sur le calendrier suivant de préparation du Rapport final sur l'exécution du projet:

ACTIVITES	DATE LIMITE	RESPONSABLES
Equipe du gouvernement achève, sur la base des discussions, la partie du Gouvernement pour le Rapport finale sur l'exécution du Projet (voir note explicative, Annexe 4)	29 septembre 1995	Resp.: M. le Secrétaire Général.
IDA prépare et soumet au Gouvernement pour commentaires un projet de Rapport final sur l'exécution du projet	31 octobre 1995 (en prenant compte des révisions internes de la Banque et de la traduction française du document)	Resp.: Mss. D. Vaillancourt, J. Angers et M. A. Magassouba, avec appui de R. Diallo et P. Nignon
Gouvernement transmet ses commentaires sur le projet de Rapport final à l'IDA.	15 novembre 1995	Resp.: M. le Secrétaire Général
Rapport final sur l'exécution du Projet Santé (Crédit 1668-NIR) est soumis au Conseil d'Administration	31 décembre 1995	D. Vaillancourt

Annexes:

1. Liste des personnes rencontrées
2. Liste des documents consultés
3. Réalisations du projet
4. Projet Santé/Rapport d'achèvement: Directives
5. Bilan financier

très bon

**REPUBLIC OF NIGER
MINISTRY OF HEALTH
DIRECTORATE OF STUDIES AND PROGRAMMING**

***HEALTH PROJECT
IDA CREDIT 1668 NIR
IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT***

May 16, 1996

I. ASSESSMENT OF PROJECT DESIGN, IMPLEMENTATION, OUTCOMES AND IMPACT

1. ASSESSMENT OF PROJECT DESIGN

Preparation of the health project was a very long process. Five years elapsed between the first reconnaissance mission in May 1980 and the appraisal mission in June 1985. The project launch date coincided with the period of implementation of the guidelines contained in the Interim Consolidation Program.

At the design stage, there was no attempt to involve either the population at large or the field health workers already in place. The notion of community participation in implementation of the project activities was completely absent.

In the absence of this kind of participatory approach, the only community support generated for the health project was in connection with nutrition-oriented activities and in the financing of drug purchases for the health facilities.

During implementation, the project experienced various difficulties resulting from the following factors:

- the procurement thresholds were not clearly specified, particularly in the case of civil works contracts;
- the project unit was attached to the Minister's *cabinet*;
- financing was awarded to those programs of the Ministry that involved a vertical approach to implementation;
- the chloroquine account was set up with a provision requiring cost recovery for that drug only.

Despite these difficulties, implementation of the project activities yielded a certain number of outcomes.

2. PRINCIPAL PROJECT OUTCOMES

A. With respect to **health infrastructure**, the project's primary mission was to rehabilitate the health facilities, but given the inadequacies of the investment budget, it also came to finance the completion of certain works. The rehabilitation works covered 51 rural dispensaries, 23 PMI/maternalities, 8 medical posts, 15 medical centers, the EPS Division, construction of 45 EPI shelters, 8 ARIEPS offices for the DDS, the CNSF warehouse, the spare parts warehouse at the SERPA garage, 2 ONPPC warehouses, 2 nutrition centers, 29 latrines, 20 staff houses, and fencing for 12 health facilities.

B. **Furniture, equipment, spare parts and logistical support.** International and local competitive bidding was initiated for procurement under this heading, and also for the purchase of office supplies for all Ministry of Health agencies. A substantial fleet of 77 automotive vehicles and 114 mopeds was established with project funds. However, many of the vehicles and mopeds purchased at the start of the project subsequently broke down or were scrapped.

— maintenance

This logistical support for the various programs made possible the carrying out of several supervision missions, of outreach activities, the application of vaccination strategies, and home visits. But the problem of maintenance remained unsolved, as many of the spare parts procured through competitive bidding proved useless because a large number of the broken-down vehicles for which they were ordered were scrapped even before the bidding documents were prepared. Thus the parts procured were already obsolete when they arrived. So while it is true that this component did have a positive impact, its various aspects should be carefully considered in the planning of any future interventions.

C. The Ministry of Health's **training program** received substantial support from the project in the form of long-term training courses (specialization), in-service training (seminar/workshops), and short-term internships. About 119 Ministry of Health professionals across all areas of specialization were trained by the project. Over 133 workshops and seminars were financed by the project in connection with the internships and continuing training programs. Support in the form of equipment and teaching materials was provided to the training institutions (ENSPs in Niamey and Zinder, FSS). Some of the classrooms at the ENSP in Zinder were also rehabilitated under the project.

D. The project provided considerable support for the **drugs** program. It supplied financing for the essential generic drugs used in the pilot cost-recovery tests as well as the drugs for the health programs. Given dwindling support from certain partners (UNICEF, UNFPA) in the area of vaccine and contraceptive procurement, it also provided financing for those items. In fact, the project funded not only the distribution but also the production, management, and local availability of the products concerned. This support from the project both eased the ONPCC's cash flow problems and allowed some breathing space in which the agency's future and that of the supply of essential drugs in Niger were able to be calmly discussed.

E. In the area of **reforms**, the studies carried out under the project recommended:

- the creation of two directorates, the DEP (Directorate of Studies and Programming) and the DPHL (Directorate of Pharmaceuticals and Laboratories);
- development of a drug distribution system for the ONPPC;
- a revised system of hospital fees (presently being adopted by the Government);
- conversion of the national hospitals and training schools into EPAs [*établissements publics à caractère administratif*];
- pinpointing of the advantages and disadvantages of the methods being used for cost recovery in the non-hospital sector.

Thus the studies led to the institutional strengthening of the Ministry of Health and above all pointed up the strengths and weaknesses of the health pyramid with a view to a five-year plan of action. They also led to the reform of the hospital sector and to the introduction of regulations governing community participation in health-related activities.

We have now arrived at a consistent approach to the health sector that focusses primarily on decentralization of the health services, reform of the drugs sector, and management autonomy. Discussions in these areas are continuing even though we want to attempt to start implementing this approach within the framework of the next project and thereby to capitalize on all we have discussed so far.

3. PROJECT COORDINATION AND MANAGEMENT

The project coordinator was responsible for managing the project staff, planning and overseeing activities, coordinating approval of action plans and reports, and arranging for the issue of calls for bids, for contract analysis and award, and for ensuring effective management control in all aspects of the project.

The project coordinator maintained relationships with several ministries:

- Ministry of Health: coordination, oversight, and preparation of contracts and action plans for project implementation;
- Ministry of Finance and Planning: as part of the services incumbent on Niger's representative to the Bank and on the delegated paymaster, this involved approval and signature of requests for payment and programming of the counterpart funds. It was the function of the Treasury to disburse those counterpart funds, while the Financial Controller supported the project by analyzing and signing the contracts;
- Ministry of Infrastructure and Housing: support for the project through the analysis and monitoring of contracts for the construction of health infrastructure;
- Ministry of Communication: dissemination of media spots and sensitization messages.

Through these relationships, the project was able to identify various obstructions and to work with the authorities concerned to find a solution. ✓

The project unit also played a coordinating role, chiefly through the organization of meetings with the coordinators for the review and preparation of implementation plans and preparation of the World Bank's supervision missions. Those meetings were extended to the Minister of Health's *cabinet* whenever preliminary approval had to be given to the action plans.

However, the project (unit) did not arrange for any coordination among the donors, since that was not part of its mission. This being said, it did attend the coordination meetings organized in connection with programs receiving cofinancing from the other partners.

4. IMPACT OF THE PROJECT ON THE HEALTH SYSTEM

The project's impact on the health system should be able to be assessed through the health indicators. However, despite the project's efforts, much remains to be done to achieve the goal of health for all by the year 2000. In the area of reforms, for instance, support from the project enabled the Ministry of Health to implement its adjustment program and improve its policy. The national hospitals and basic training schools acquired autonomous management status. Regulations were established governing patient participation in health care costs in the non-hospital sector. With the creation of the new DEP and DPHL, the Ministry of Health's capacities were strengthened in the areas of planning, investment programming, and definition of pharmaceutical policies and regulations. ✓

With respect to programs, the project led to an improvement in working conditions in the health facilities (quality and quantity), enhanced availability of services, increased health coverage through outreach consultations, the installation of health education teams with a substantial resource endowment,

availability of essential drugs, and improved oversight at all levels. However, some of the project objectives were not achieved, in particular with respect to vaccination.

The impact on the health system should not be attributed to the efforts of the health project alone, but should also take into account the work of the other partners in health sector development, namely USAID, UNICEF, EDF, FAC, SNV, etc.

II. CRITICAL ANALYSIS OF BANK, GOVERNMENT, AND TECHNICAL ASSISTANCE PERFORMANCE

1. ASSESSMENT OF BANK PERFORMANCE

A. The principal decisions with a positive impact on project implementation included:

- the December 17, 1993 amendment of the credit agreement providing for 100% financing of the project's operating costs;
- negotiation of the Dutch grant for reimbursement of the counterpart funds and the funds frozen at the BDRN at a time when Niger's treasury was experiencing severe constraints.

As a result of those two decisions:

- two project extensions were accepted in 1993 and 1994, making it possible for all of the project activities to be carried out and, most importantly, for the loan balance to be disbursed;
- the resident mission's availability made it possible to expedite the processing of certain applications.

B. The principal decisions with a negative impact on project implementation concerned:

- the high level of counterpart funding required from Niger in relation to its financial situation, which resulted in the freezing by the Bank of the special account, which was being used to finance ineligible activities, over a period of one year;
- failure by the Bank to take firm decisions regarding application of the recommendations contained in the aide-mémoires of the supervision missions, which resulted in a similar lack of decision on the Government's side;
- slow response by the disbursement unit in making funds available, and its occasional failure to respond to telexes;
- the turnover in the task manager's supervision team also held up the progress of certain programmed activities.

2. ASSESSMENT OF GOVERNMENT PERFORMANCE

A. The following decisions taken by the Government had a positive impact on project implementation:



pp 36-37

financial sit
efforts to repay

39 cashflow problems

- efforts to pay the counterpart contribution, and to reimburse disputed, non-eligible invoices and unjustified items of spending detected by the financial inspectors;
- replacement of the project coordinator and accountant, which helped expedite implementation of the project activities;
- recruitment of the management consultant and civil works consultant;
- preparation in 1992 of a procurement plan, introducing improved procedures for the preparation and launching of competitive bidding for the supply of drugs, office furniture and supplies, medical equipment, and logistical inputs;
- the Government's initiative regarding utilization of the balance of the counterpart funds to rehabilitate the ONPPC's generic essential drug warehouses and to purchase anti-meningitis vaccines.

B. Following are some examples of decisions with a negative impact on project implementation:

- high turnover of coordinators for programs financed by the project. In some cases, there was a change of coordinator every year;
- lack of counterpart funds, hampering the progress of certain activities;
- failure to act on the mid-term evaluation report produced by the Government;
- the succession of health ministers in the wake of the various changes of government over the period of the project. There were actually eight health ministers during that period, each one eager to bring his own approach to project implementation;
- total disregard, or delayed application, of the recommendations of the supervision missions;
- inadequate monitoring of construction and rehabilitation works by the Ministry of Infrastructure;
- ORTN's requirement that sensitization spots be charged for at the same rate as commercials.

3. ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS AND QUALITY OF RELATIONS BETWEEN THE BANK AND THE GOVERNMENT

The effectiveness and quality of the relations between the two parties are evidenced in the fact that the project was willing to finance requests from the Government that did not appear in the programs, such as STD/AIDS control, anti-tuberculosis drugs, the youth survey, and the general population census. ✓

The project was able to make up for certain inadequacies in the financing provided by other partners (external and domestic) in the areas of contraceptives, training scholarships, vaccines, and certain health facility construction programs. ✓

The image of this fruitful collaboration was tarnished for a while by weak project management, a situation that was mentioned several times in the aide-mémoires and to which the Government took a long time to react, and the absence of critical analysis of the mid-term review.

4. ASSESSMENT OF THE PERFORMANCE OF THE DIFFERENT INSTITUTIONS, CONSULTING FIRMS AND TECHNICAL ASSISTANTS

In this area, the actions in support of the project activities were less effective, because:

- the technical assistance teams did not always have the particular qualifications required. This was due to the fact that the tasks to be performed by the technical assistants were not always clearly specified in the terms of reference. For example, the project recruited a technical assistant for the first two years who dealt solely with planning, when he should have been assisting the project management. After his departure in 1989, it took until 1993 for a management consultant and civil works consultant to be recruited by the project;
- inadequate qualifications of the local consulting firms selected to help the Ministry of Health to prepare regional health studies and a nutrition policy. They simply lacked the capacity to achieve the desired results;
- failure on the part of the executing institutions and agencies (UNICEF, UNFPA, NIGETIP) to observe service delivery deadlines:

* The project signed a contract with UNICEF in 1993 for the procurement of refrigeration and vaccination equipment. The contractual deadlines were not met, in fact certain items were not delivered until 1995.

* In the case of UNFPA, deliveries of the orders placed under a contraceptive supply contract were not completed.

* The use of NIGETIP as executing agency for civil works did not proceed as would have been desired. The works monitoring process was inadequate, and acceptance proceedings were behind schedule.

III. ECONOMIC AND FINANCIAL EVALUATION OF THE PROJECT

1. TOTAL PROJECT COST

A. Under an agreement signed on April 14, 1986, IDA granted a credit to Niger in the amount of SDR 25.1 million (CFAF 10,714,396,000), of which the local counterpart was to be SDR 1.3 million (US\$1.5 million). The total base cost of the project was SDR 26.4 million (US\$29.3 million). The credit was to be repaid by the Government of Niger in six-monthly installments over a period of 40 years, starting May 15, 1996.

The base cost was CFAF 9.27 billion. During project execution, certain components proved more costly than others, and for certain components the amounts allocated were utilized at a very slow pace. This led not only to a reallocation of the credit proceeds in 1993, but also to an extension of the project completion date from 1993 to 1995.

B. The initial counterpart contribution was estimated at CFAF 577.5 million in 1986. During project execution, various instances of misuse came to light, resulting in the repayment by the Government of ineligible expenditures and of sums diverted by the management agency.

Despite the country's financial situation, and the contribution of certain partners (Kingdom of the Netherlands), efforts were made by the Government of Niger to provide counterpart funding in the amount of CFAF 997.18 million instead of CFAF 577.5 million.

2. RECURRENT COSTS INCURRED

Intervention by the project affected several different areas, one of its results being the strengthening of the programs and directorates of the Ministry of Health. The following comments concern the various costs incurred by the project:

- Infrastructure. In this area, the project incurred very few recurrent costs, since the activities financed concerned only the rehabilitation of existing health facilities and the completion of works in progress;
- Logistical support. About 82 vehicles were purchased and made available to the Ministry of Health through the programs; ONPCC received five vehicles. As of now, several of those vehicles have been either scrapped or taken away by the rebels, mainly in the departments of Tahoua, Agadez and Tillaberi.
- Technical equipment. Funding of the costs of maintenance of all equipment made available to the basic health-care facilities and hospitals came out of the operating budgets of the Government and of the establishments with management autonomy (EPAs, EPICs).
- Training. The agents trained were for the most part civil servants, who received a small salary increase on their return.

The project did not incur any high recurrent costs, but it found itself serving as a substitute source of financing, taking over expenses that the Government's operating budget was unable to handle owing to cash flow problems (office supplies, automotive fuel, etc.).

IV. PROSPECTS FOR A NEW PROJECT

1. To ensure better project coordination and integration we recommend:

- that the project unit be attached to the DEP;
- that a technical monitoring committee be set up, composed of the project unit chief or his representative, the central directors or their representatives, and the departmental directors of health involved in the project activities.

2. Where staff training is concerned, improved programming and efficient management of data in a permanently updated file would provide accurate information on the names and assignment locations of those workers who have received training, thereby facilitating closer follow-up of their progress following their specialized training.

3. With respect to supervision, given the policy changes (integration of activities), a supervision policy comprising the relevant matrix and period should be formulated for each level. Implementation of the supervision program should be viewed not as an operating cost but as an investment, since it is follow-up of the reforms that will determine the success of the action programs.

4. Concerning the procurement of equipment, and spare parts through competitive bidding, it is essential that precise technical specifications be set out and, above all, that the contract deadlines be met, to avoid replenishment of the parts stock with items that are already obsolete. Likewise, for non-standard parts, it would be much more practical to give the various agencies the authority to order directly from local suppliers.

5. With respect to the contracts for technical assistance, services, and the purchase of goods through certain institutions (UNFPA, UNICEF, NIGETIP, etc.), the project unit needs to be assured that those institutions are ready to honor and follow up on their contractual obligations by the deadlines set.

6. Within the framework of project management, an assets file should be established at all levels. And the project unit should keep regular checks on the management of goods purchased.

7. With a view to a new project phase, various other structural reforms should be envisaged in order to facilitate effective application of the present health policy, which advocates a decentralized approach with guaranteed support for the three levels of the health pyramid: district, intermediate, central.

This will require:

- sensitization of the population;
- effective installation of district health teams and of additional agencies;
- installation of community participation organs;
- carrying out of a study on financial and human resource management;
- factoring in of nutritional problems at the community level.

8. It is also advisable to:

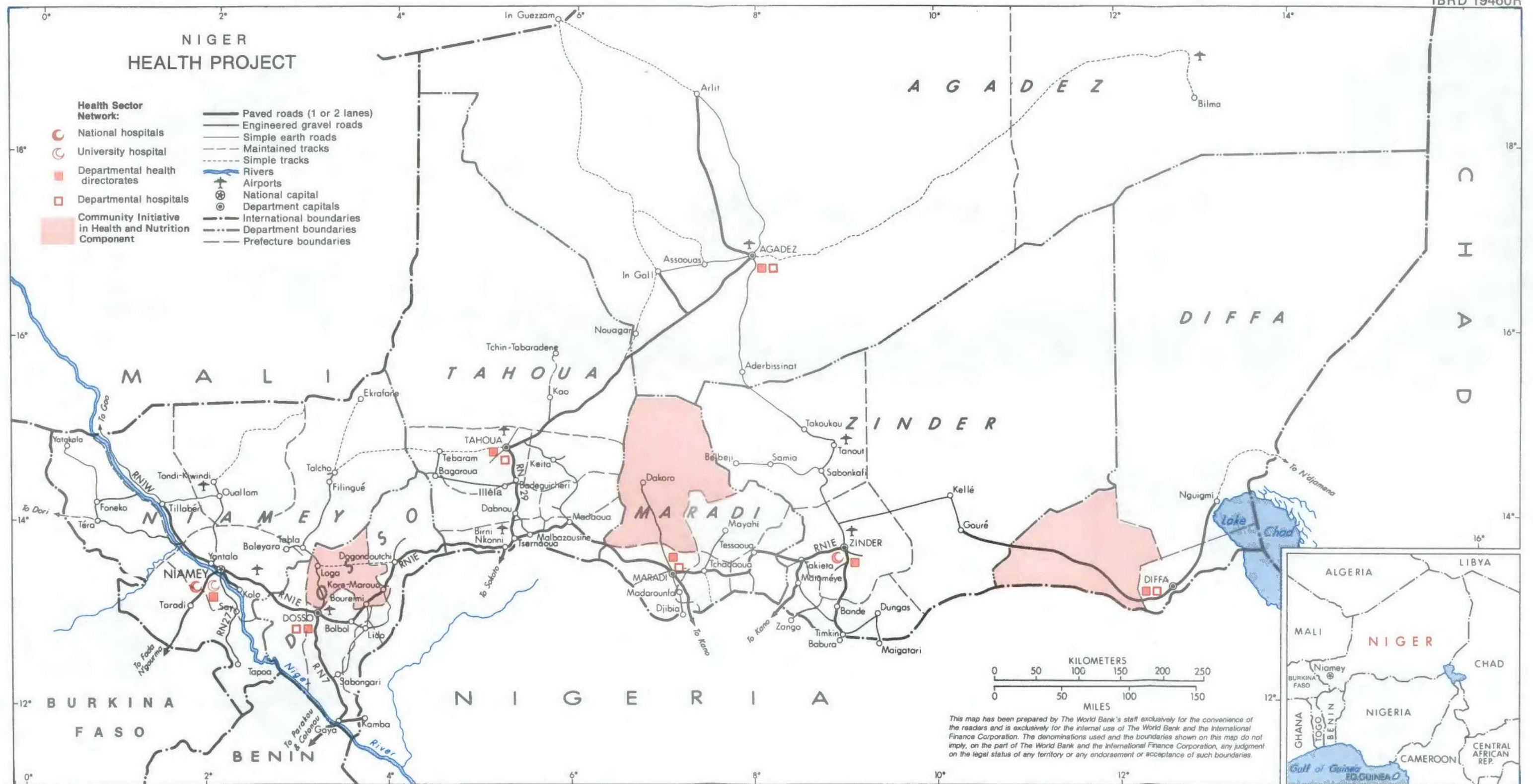
- enumerate in advance, and in clear and precise terms, the missions to be accomplished by the project unit in light of the prevailing socioeconomic context, the scope of the project, and the nature of the activities to be financed;
- establish a competent and adequately qualified team, with the duties of each member clearly spelled out;
- observe the correct procedures with respect to credit negotiation, to avoid any errors that could obstruct project implementation;
- envisage all project implementation scenarios with a view to reducing the level of local counterpart funding to that of a symbolic contribution to project implementation.

V. CONCLUSION

The project has had some remarkable outcomes where the health system is concerned, despite the enormous difficulties experienced during implementation. Above all, it has brought quality health services within the reach of the communities.

now measured?

Drawing on the lessons learned during project implementation, the Ministry of Health has formulated a new development policy based on development at the district level. Future interventions in the health sector will start at the bottom, to ensure their autonomy within the framework of health service decentralization, and will involve community participation. ✓



COST breakouts

Polay reform	4.5	
Strength BH/FP	23.3	
HET Comm. Init.	3.0	
Manpower dev	5.1	
	+ drugs	
		33.4

Definition

PIF - sector: reforms, police's

This PIF was posted on June 27, 1997

OED ID :	C1668
Type :	EVM
Country :	Niger
Project Description :	Health
Sector :	HH /
Subsector :	HE /
Lending Instrument :	Sector Investment/Maintenance
L/C :	C1668

Operations Evaluation Department
PROJECT INFORMATION FORM

Table of Contents

A. General Project Information and Project Objectives Evaluation	
1. General Project Information	1
2. Project Objectives Evaluation	2
B. Relevance, Efficacy, and Efficiency of Projects	
1. Outcomes	
a. Relevance	3
b. Efficacy	3
c. Efficiency	4
d. Overall outcome	5
2. Sustainability	5
3. Institutional Development	6
C. Bank and Borrower Performance	
1. Bank Performance	7
2. Borrower Performance	8
D. Special Themes and Audit/Impact Priority	9
E. Rating of ICR	10
F. Summary of Ratings	11
G. Overall Judgements / Miscellaneous Comments	11

A1. General Project Information

OED ID : C1668 Type : EVM Country : Niger Project Description : Health Sector : HH / Subsector : HE / Lending Instrument : Sector Investment/Maintenance L/C : C1668	3. Key Dates <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;">Original</th><th style="text-align: center;">Latest</th></tr></thead><tbody><tr><td>Departure of Appraisal Mission</td><td></td><td style="text-align: center;">06/15/85</td></tr><tr><td>Approval</td><td></td><td style="text-align: center;">03/20/86</td></tr><tr><td>Signing/Agreement</td><td></td><td style="text-align: center;">04/14/86</td></tr><tr><td>Effectiveness</td><td style="text-align: center;">11/03/86</td><td style="text-align: center;">11/03/86</td></tr><tr><td>Physical completion</td><td style="text-align: center;">06/30/93</td><td style="text-align: center;">06/30/95</td></tr><tr><td>Closing</td><td style="text-align: center;">06/30/93</td><td style="text-align: center;">06/30/95</td></tr><tr><td>ICR receipt in OED</td><td></td><td style="text-align: center;">07/30/96</td></tr><tr><td>Review date</td><td></td><td style="text-align: center;">03/31/97</td></tr><tr><td>EVM/PAR approval</td><td></td><td style="text-align: center;">06/23/97</td></tr></tbody></table>		Original	Latest	Departure of Appraisal Mission		06/15/85	Approval		03/20/86	Signing/Agreement		04/14/86	Effectiveness	11/03/86	11/03/86	Physical completion	06/30/93	06/30/95	Closing	06/30/93	06/30/95	ICR receipt in OED		07/30/96	Review date		03/31/97	EVM/PAR approval		06/23/97
	Original	Latest																													
Departure of Appraisal Mission		06/15/85																													
Approval		03/20/86																													
Signing/Agreement		04/14/86																													
Effectiveness	11/03/86	11/03/86																													
Physical completion	06/30/93	06/30/95																													
Closing	06/30/93	06/30/95																													
ICR receipt in OED		07/30/96																													
Review date		03/31/97																													
EVM/PAR approval		06/23/97																													
1. Reviewer: <u>Laura Raney</u>	4. Key Amounts (\$US million) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tbody><tr><td>Original Commitment</td><td style="text-align: center;">27.8</td></tr><tr><td>Total Cancellation</td><td style="text-align: center;">0.33</td></tr><tr><td>Total project cost</td><td></td></tr><tr><td> Original</td><td style="text-align: center;">29.3</td></tr><tr><td> Latest</td><td style="text-align: center;">40.7</td></tr></tbody></table>	Original Commitment	27.8	Total Cancellation	0.33	Total project cost		Original	29.3	Latest	40.7																				
Original Commitment	27.8																														
Total Cancellation	0.33																														
Total project cost																															
Original	29.3																														
Latest	40.7																														
2. Do you agree with the assigned primary Sector and Subsector? ☒ Yes ☐ No Sugg. Sector: <u> </u> Sugg. Subsector: <u> </u>	5. Cofinanciers <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;">First</th><th style="text-align: center;">Second</th><th style="text-align: center;">Third</th></tr></thead><tbody><tr><td>Name</td><td><u> </u></td><td><u> </u></td><td><u> </u></td></tr><tr><td>Original Commitment (\$US million)</td><td><u> </u></td><td><u> </u></td><td><u> </u></td></tr><tr><td>Total Cancellation (\$US million)</td><td><u> </u></td><td><u> </u></td><td><u> </u></td></tr></tbody></table>		First	Second	Third	Name	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Original Commitment (\$US million)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Total Cancellation (\$US million)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>														
	First	Second	Third																												
Name	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>																												
Original Commitment (\$US million)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>																												
Total Cancellation (\$US million)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>																												
6. Distribution of latest cost among component types (\$US million): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tbody><tr><td>Physical</td><td style="text-align: center;">23.3</td></tr><tr><td>Technical assistance</td><td style="text-align: center;">4.1</td></tr><tr><td>Balance of payments</td><td style="text-align: center;">0</td></tr><tr><td>Line of credit</td><td style="text-align: center;">0.2</td></tr><tr><td>Other</td><td style="text-align: center;">13.1</td></tr></tbody></table>	Physical	23.3	Technical assistance	4.1	Balance of payments	0	Line of credit	0.2	Other	13.1	7. Applicable disbursement profile (no. of years): <u> </u>																				
Physical	23.3																														
Technical assistance	4.1																														
Balance of payments	0																														
Line of credit	0.2																														
Other	13.1																														
11. Names of managers <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;">At entry</th><th style="text-align: center;">At exit</th></tr></thead><tbody><tr><td>Task manager</td><td><u>H. Sederlof</u></td><td><u>D. Vaillancourt</u></td></tr><tr><td>Division chief</td><td><u>I. Hussein</u></td><td><u>I. Porter</u></td></tr><tr><td>Department director</td><td><u>J. North</u></td><td><u>H. Ribe</u></td></tr></tbody></table>		At entry	At exit	Task manager	<u>H. Sederlof</u>	<u>D. Vaillancourt</u>	Division chief	<u>I. Hussein</u>	<u>I. Porter</u>	Department director	<u>J. North</u>	<u>H. Ribe</u>	8. Number of supervision missions: <u>15</u> 9. Name(s) of primary author(s) of ICR (indicate if not known): <u>Denise Vaillancourt</u>																		
	At entry	At exit																													
Task manager	<u>H. Sederlof</u>	<u>D. Vaillancourt</u>																													
Division chief	<u>I. Hussein</u>	<u>I. Porter</u>																													
Department director	<u>J. North</u>	<u>H. Ribe</u>																													

A2. Project Objectives Evaluation

1. Were the project objectives revised during implementation? No If Yes, did the Board approve the revised objectives as part of a formal restructuring? Date of Board approval Note: If objectives were revised, base the ratings in subsequent sections on the revised objectives.	3. Did the project include a monitoring and evaluation system for the implementation phase? Yes If Yes, rate the extent to which the system met each of the following five criteria for a good M&E system: <table style="width: 100%;"><tr><td>Clear project and component objectives verifiable by indicators</td><td> Negligible </td></tr><tr><td>A structured set of indicators</td><td> Negligible </td></tr><tr><td>Requirements for data collection and management</td><td> Negligible </td></tr><tr><td>Institutional arrangements for capacity building</td><td> Negligible </td></tr><tr><td>Feedback from M&E</td><td> Negligible </td></tr></table>	Clear project and component objectives verifiable by indicators	Negligible	A structured set of indicators	Negligible	Requirements for data collection and management	Negligible	Institutional arrangements for capacity building	Negligible	Feedback from M&E	Negligible										
Clear project and component objectives verifiable by indicators	Negligible																				
A structured set of indicators	Negligible																				
Requirements for data collection and management	Negligible																				
Institutional arrangements for capacity building	Negligible																				
Feedback from M&E	Negligible																				
2. Taking into account the country's level of development and the competence of the implementing agency, to what extent did the project design have the following characteristics: <table style="width: 100%;"><tr><td>Demanding on Borrower / Implementing Agency</td><td> High </td></tr><tr><td>Complexity</td><td> High </td></tr><tr><td>Riskiness</td><td> Substantial </td></tr></table>	Demanding on Borrower / Implementing Agency	High	Complexity	High	Riskiness	Substantial															
Demanding on Borrower / Implementing Agency	High																				
Complexity	High																				
Riskiness	Substantial																				
4. For this particular project, rate the importance of the project's objectives: <table style="width: 100%;"><tr><td>Physical</td><td> High </td><td>Institutional</td><td> High </td></tr><tr><td>Financial (interest rates; pricing / tariff policies; cost recovery)</td><td> Substantial </td><td>Social</td><td> Not Applicable </td></tr><tr><td>Economic</td><td></td><td>Environmental</td><td> Not Applicable </td></tr><tr><td>Macro-economic policies (fiscal; monetary; trade)</td><td> Not Applicable </td><td>Private sector development</td><td> Not Applicable </td></tr><tr><td>Sector policies</td><td> High </td><td>Other (specify):</td><td> </td></tr></table>		Physical	High	Institutional	High	Financial (interest rates; pricing / tariff policies; cost recovery)	Substantial	Social	Not Applicable	Economic		Environmental	Not Applicable	Macro-economic policies (fiscal; monetary; trade)	Not Applicable	Private sector development	Not Applicable	Sector policies	High	Other (specify):	
Physical	High	Institutional	High																		
Financial (interest rates; pricing / tariff policies; cost recovery)	Substantial	Social	Not Applicable																		
Economic		Environmental	Not Applicable																		
Macro-economic policies (fiscal; monetary; trade)	Not Applicable	Private sector development	Not Applicable																		
Sector policies	High	Other (specify):																			

B1a. Outcomes — Relevance

1. Indicate the extent to which each of the project's objectives was relevant in terms of the Bank's / Borrower's current country or sectoral objectives:		2. Summary Rating of Relevance	
Physical	High	Rate the extent to which, as a whole, the project's goals were consistent with the Bank's strategies, taking account of the relevance and importance of each of the project's objectives:	
Financial (interest rates; pricing / tariff policies; cost recovery)	High		
Economic		Average rating	
Macro-economic policies (fiscal; monetary; trade)	Not Applicable		
Sector policies	High	High	
Institutional	High		
Social	Not Applicable	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	
Environmental	Not Applicable		
Private sector development	Not Applicable		
Other (specify):			

B1b. Outcomes — Efficacy

1. Indicate the extent to which each of the following objectives was in fact accomplished:		2. Summary Rating of Efficacy	
Physical	Substantial	Rate the efficacy of the project, taking account of the importance of the objectives and the extent to which they were accomplished:	
Financial (interest rates; pricing / tariff policies; cost recovery)	Modest		
Economic		Average rating	
Macro-economic policies (fiscal; monetary; trade)	Not Applicable		
Sector policies	Modest	Modest	
Institutional	Modest		
Social	Not Applicable	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	
Environmental	Not Applicable		
Private sector development	Not Applicable		
Other (specify):			

B1b. Outcomes — Efficacy (cont'd)

3. Rate the extent to which each of the following factors affected the achievement of this project's objectives:

World markets / prices	Not Applicable	Performance of contractors / consultants	No Effect
Natural events	Not Applicable	War / civil disturbance	Not Applicable
Cofinancier(s) performance	Not Applicable	Other (specify):	
		Financial constraints	Negative

B1c. Outcomes — Efficiency

1. Is an Economic Rate of Return (ERR) available for this project? ☐ Yes ☒ No

If No, is a Financial Rate of Return (FRR) available? ☐ Yes ☒ No

If a rate of return is available, provide the following information (in percent):

		Point Value	Range	Weighted Average	Coverage / Scope
At Appraisal	☒ Not Available ☐ Not Applicable		From : To :		
At Completion	☒ Not Available ☐ Not Applicable		From : To :		

2. Was another measure of efficiency provided? ☐ Yes ☒ No

If Yes, then answer the following:

Measure used	
Coverage / scope of measure	
Comparison to appraisal estimate	

3. If no measure of efficiency was provided for this project, would it have been reasonable to expect one? ☐ Yes ☒ No

If Yes, explain:

4. Rate the quality of the economic analysis according to the following criteria:

Soundness of analysis		Overall rating of quality of analysis	
Conduct of sensitivity / risk analysis		Average rating	
Consideration of institutional constraints to achieving results			
Extent to which benefits accrue to target population			
Consideration of environmental externalities			
Consideration of fiscal impact			
Consideration of alternatives to meeting objectives			

If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:

B1c. Outcomes — Efficiency (cont'd)

5. Summary Rating of Efficiency		
Rate overall to what extent the project accomplished its goals efficiently:	Not Applicable	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:
Average rating		

B1d. Outcomes — Summary

1. SUMMARY OUTCOME RATING	
Rate the project's outcome (i.e., the extent to which it achieved relevant objectives), taking account of its relevance, efficacy, and efficiency:	Satisfactory
Average rating	Satisfactory
If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	

B2. Sustainability

1. Rate the extent to which each of the following conditions is expected to influence this project's sustainability :			
Technical viability	Positive	Policy environment	Positive
Financial viability	Positive	Institution / management effectiveness	Positive
Economic viability	Not Applicable	Local participation	Positive
Social conditions	Positive	Other (specify):	
Environmental concerns	Not Applicable		
Government commitment	Positive		

2. SUMMARY SUSTAINABILITY RATING	
Rate the probability of maintaining the project's relevant development achievements generated or expected to be generated:	Likely
Average rating	Likely
If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	

B3. Institutional Development

1. Was this project directed primarily toward Institutional Development? ☒ Yes ☐ No	4. For this particular project, rate the relevance of the following Institutional Development objectives: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>National capacity</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Economic management</td> <td>Substantial</td> </tr> <tr> <td>Civil service reform</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Financial intermediation</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Legal / regulatory system</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Sectoral capacity</td> <td>High</td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td></td> </tr> </table>	National capacity		Economic management	Substantial	Civil service reform	Not Applicable	Financial intermediation	Not Applicable	Legal / regulatory system	Not Applicable	Sectoral capacity	High	Other (specify):																	
National capacity																															
Economic management	Substantial																														
Civil service reform	Not Applicable																														
Financial intermediation	Not Applicable																														
Legal / regulatory system	Not Applicable																														
Sectoral capacity	High																														
Other (specify):																															
2. If not, did the project contain components with significant Institutional Development objectives? ☐ Yes ☐ No	Agency capacity <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Planning / policy analysis</td> <td>High</td> </tr> <tr> <td>Management</td> <td>High</td> </tr> <tr> <td>Skills upgrading</td> <td>High</td> </tr> <tr> <td>MIS</td> <td>High</td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td></td> </tr> </table> NGO Capacity Not Applicable	Planning / policy analysis	High	Management	High	Skills upgrading	High	MIS	High	Other (specify):																					
Planning / policy analysis	High																														
Management	High																														
Skills upgrading	High																														
MIS	High																														
Other (specify):																															
3. Did the project's Institutional Development activities include each of the following: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Establishment of a new organization</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Elimination of an existing organization</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Restructuring / privatizing of an organization</td> <td>Yes</td> </tr> </table>	Establishment of a new organization	No	Elimination of an existing organization	No	Restructuring / privatizing of an organization	Yes	5. For this particular project, rate its efficacy in achieving the following Institutional Development objectives: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>National capacity</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Economic management</td> <td>Modest</td> </tr> <tr> <td>Civil service reform</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Financial intermediation</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Legal / regulatory system</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Sectoral capacity</td> <td>Modest</td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td></td> </tr> </table> Agency capacity <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Planning / policy analysis</td> <td>Substantial</td> </tr> <tr> <td>Management</td> <td>Modest</td> </tr> <tr> <td>Skills upgrading</td> <td>Substantial</td> </tr> <tr> <td>MIS</td> <td>Negligible</td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td></td> </tr> </table> NGO Capacity Not Applicable Overall ID Efficacy Modest	National capacity		Economic management	Modest	Civil service reform	Not Applicable	Financial intermediation	Not Applicable	Legal / regulatory system	Not Applicable	Sectoral capacity	Modest	Other (specify):		Planning / policy analysis	Substantial	Management	Modest	Skills upgrading	Substantial	MIS	Negligible	Other (specify):	
Establishment of a new organization	No																														
Elimination of an existing organization	No																														
Restructuring / privatizing of an organization	Yes																														
National capacity																															
Economic management	Modest																														
Civil service reform	Not Applicable																														
Financial intermediation	Not Applicable																														
Legal / regulatory system	Not Applicable																														
Sectoral capacity	Modest																														
Other (specify):																															
Planning / policy analysis	Substantial																														
Management	Modest																														
Skills upgrading	Substantial																														
MIS	Negligible																														
Other (specify):																															
6. SUMMARY INSTITUTIONAL DEVELOPMENT IMPACT RATING Rate the extent to which, as a whole, the project resulted in improvement of the country's/sector's ability to effectively use its human, organizational, and financial resources: Modest Average rating Modest If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:																															

C1. Bank Performance

1. To what extent did each of the following apply during project identification / preparation:

Involvement of government	High	Overall rating on identification / preparation	Satisfactory
Involvement of beneficiaries	Not Available	Average rating	Highly Satisfactory
Project consistency with Bank strategy for country	High	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	
Grounding in economic and sector work (ESW)	Not Available	Preparation was satisfactory.	
Other (specify):			

2. Indicate the extent to which the Bank took account of the following during project appraisal:

Technical analysis (inc. alternatives)	Modest	Overall rating on appraisal	Satisfactory
Financial analysis (inc. funding provisions, fiscal impact)	Substantial	Average rating	Unsatisfactory
ERR/FRR cost-benefit analysis	Not Applicable	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	
Institutional capacity analysis	Modest	Bank appraisal was satisfactory overall.	
Social and stakeholder analysis	Negligible		
Environmental analysis	Not Applicable		
Risk assessment (inc. adequacy of conditionalities)	Modest		
Incorporation of M&E indicators	Negligible		
Incorporation of lessons learned	Not Applicable		
Readiness for implementation	Modest		
Suitability of lending instrument	Substantial		

3. Considering the identification / preparation and appraisal processes discussed above, rate the overall quality of the project at the time of Board approval (Quality at Entry):

4. Indicate the extent of Bank project supervision in the following areas:

Reporting on project implementation progress	Modest	Overall rating on supervision	Unsatisfactory
Identification / assessment of implementation problems	Modest	Average rating	Unsatisfactory
Use of performance indicators	Negligible	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	
Enforcement of Borrower provision of M&E data	Negligible		
Advice to implementing agency	Modest		
Enforcement of loan covenants / exercise of remedies	Substantial		
Flexibility in suggesting / approving modifications	Substantial		
Other (specify):			

C1. Bank Performance (cont'd)

5. SUMMARY RATING OF BANK PERFORMANCE	
Rate the Bank's overall performance, taking account of identification / preparation, appraisal, and supervision activities:	Satisfactory
Average rating	Satisfactory
If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	

C2. Borrower Performance

1. Rate the Borrower / Implementing Agency performance on the preparation of this project: Satisfactory			
2. Rate the extent to which government / implementing agency performance on the following dimensions supported project implementation:			
Factors generally subject to government control			
Macro policies / conditions	Not Applicable	Administrative procedures	Modest
Sector policies / conditions	Substantial	Cost changes	Not Applicable
Government commitment	Substantial	Implementation delays	Modest
Appointment of key staff	Negligible	Other (specify):	
Counterpart funding	Negligible		
Factors generally subject to implementing agency control			
Management	Substantial	Use of technical assistance	Substantial
Staffing	Modest	Beneficiary participation	Not Available
Cost changes	Not Applicable	Other (specify):	
Implementation delays	Modest		

C2. Borrower Performance (cont'd)

3. Summary Rating of Borrower Performance on Project Implementation Overall rating Satisfactory Average rating Unsatisfactory If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference: Borrower Performance was satisfactory, and in the technical sphere was above average (implementing the health action programs).	5. SUMMARY RATING OF BORROWER PERFORMANCE Overall rating Satisfactory Average rating Satisfactory If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:
4. Rate Borrower compliance with loan covenants / commitments: Satisfactory	

D. Special Themes

1. Indicate whether each of the following social concerns was a major project emphasis: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Gender related issues</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Settlement / resettlement</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Beneficiary participation</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Community development</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Skills development</td> <td>Yes</td> </tr> <tr> <td>Nutrition and food security</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Health improvement</td> <td>Yes</td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td> </td> </tr> </table>	Gender related issues	No	Settlement / resettlement	Not Applicable	Beneficiary participation	No	Community development	No	Skills development	Yes	Nutrition and food security	No	Health improvement	Yes	Other (specify):		3. Did the project place a major emphasis on poverty alleviation? ☐ Yes ☒ No If Yes: Was this a Poverty Targeted Intervention? ☐ Yes ☒ No Did it emphasize broad-based growth with labor absorption? ☐ Yes ☐ No Did it emphasize human development (education, health, or nutrition)? ☐ Yes ☐ No Did it emphasize the provision of a social safety net? ☐ Yes ☐ No
Gender related issues	No																
Settlement / resettlement	Not Applicable																
Beneficiary participation	No																
Community development	No																
Skills development	Yes																
Nutrition and food security	No																
Health improvement	Yes																
Other (specify):																	
2. Did the project have an unintended or unexpected effect on social concerns, regardless of the project's objectives? No If Yes, was the effect positive or negative?	4. Indicate whether each of the following environmental concerns was a major project emphasis: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Natural resource management</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Air / water / soil quality</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Urban environmental quality</td> <td>Not Applicable</td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td> </td> </tr> </table>	Natural resource management	Not Applicable	Air / water / soil quality	Not Applicable	Urban environmental quality	Not Applicable	Other (specify):									
Natural resource management	Not Applicable																
Air / water / soil quality	Not Applicable																
Urban environmental quality	Not Applicable																
Other (specify):																	

D. Special Themes (cont'd)

5. Did the project have an unintended or unexpected effect on environmental concerns, regardless of the project's objectives? No If Yes, was the effect positive or negative?	7. Rate the priority of the project for audit High										
6. Indicate whether each of the following private sector development (PSD) concerns was a major project emphasis: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Improvement in legal or incentive framework designed to foster PSD (e.g., trade, pricing)</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> Not Applicable </td> </tr> <tr> <td>Restructuring / privatization of public enterprises</td> <td style="text-align: center;"> Not Applicable </td> </tr> <tr> <td>Financial sector development</td> <td style="text-align: center;"> Not Applicable </td> </tr> <tr> <td>Direct government financial and / or technical assistance to the private sector</td> <td style="text-align: center;"> Not Applicable </td> </tr> <tr> <td>Other (specify):</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Improvement in legal or incentive framework designed to foster PSD (e.g., trade, pricing)	Not Applicable	Restructuring / privatization of public enterprises	Not Applicable	Financial sector development	Not Applicable	Direct government financial and / or technical assistance to the private sector	Not Applicable	Other (specify):		8. Rate the priority of the project for impact evaluation Medium
Improvement in legal or incentive framework designed to foster PSD (e.g., trade, pricing)	Not Applicable										
Restructuring / privatization of public enterprises	Not Applicable										
Financial sector development	Not Applicable										
Direct government financial and / or technical assistance to the private sector	Not Applicable										
Other (specify):											

E. Rating of ICR

1. Rate the quality of the ICR by the following characteristics:			
Analysis	Future orientation	Borrower / cofinancier inputs	
Coverage of important subjects	Satisfactory	Plan for future project operation	Unsatisfactory
Recalculation of ERR or FRR	Not Applicable	Performance indicators for the project's operations phase	Unsatisfactory
Soundness of analysis		Plan for monitoring and evaluation of future operations	Unsatisfactory
Internal consistencies	Satisfactory		
Evidence complete / convincing	Satisfactory	Borrower input to ICR	Satisfactory
Adequacy of lessons learned	Satisfactory	Borrower plan for future project operation	Unsatisfactory
Aide-memoire of the ICR mission	Exemplary	Borrower comments on ICR	Satisfactory
		Cofinancier comments on ICR	Not Available
2. SUMMARY RATING OF ICR			
Rate the quality of the ICR:	Satisfactory	If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	
Average rating	Unsatisfactory	The ICR was satisfactory.	

E. Rating of ICR (cont'd)

3. Rate the quality of borrower participation in the project completion process on the following:

Analysis	Satisfactory	Focus on lessons learned	Satisfactory
Concern with development impact	Satisfactory	Self-evaluation	Exemplary
Internal consistency	Satisfactory	Evaluation of Bank	Satisfactory
Evidence to justify views	Satisfactory		

F. Summary of Ratings

1. SUMMARY OF RATINGS

	ICR	EVM
Outcome	Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development efficacy / impact	Modest	Modest
Bank performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower performance	Satisfactory	Satisfactory
ICR quality		Satisfactory

2. Explain any differences between OED ratings and those in the ICR:

G. Overall Judgements / Miscellaneous Comments

1. Enter any overall judgements or rationales and miscellaneous comments below.

THE WORLD BANK GROUP

ROUTING SLIP		DATE: June 18, 1997	
NAME		ROOM. NO.	
Mr. Robert Piccioletto, DGO		G7-121	
THRU: Mr. Ulrich Thumm, Adviser, OED <i>US 6/20</i>		G7-005	
☐	URGENT	☐	PER YOUR REQUEST
☐	FOR COMMENT	☐	PER OUR CONVERSATION
☐	FOR ACTION	☐	NOTE AND FILE
☒	FOR APPROVAL/CLEARANCE	☐	FOR INFORMATION
☒	FOR SIGNATURE	☐	PREPARE REPLY
☐	NOTE AND CIRCULATE	☐	NOTE AND RETURN
RE: REPUBLIC OF NIGER—Health Project (Cr. 1669-NIR)			
Implementation Completion Report			
REMARKS:			
No comments were received from the Region. Please sign the attached EM. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM		ROOM NO.	EXTENSION
Christopher Gibbs <i>gwb</i>		G7-029	3-1735

OFFICE MEMORANDUM

DATE: June 3, 1997

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade for Elizabeth McAllister, Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER—Health Project (Credit 1668-NIR)
Implementation Completion Report**

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by June 17, 1997.
2. Based on this review, we intend to include the following ratings in the OED Annual Review database:

Outcome	Satisfactory
Sustainability	Likely
Institutional Development	Modest
Bank Performance	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory

OED agrees with the ratings indicated in the ICR.

3. The ICR is satisfactory but could have been improved if the following points had been taken into account:
 - The distinction between activities completed under the project and those which were transferred to the on-going population project (Cr. 2360-NIR) is unclear. Describing which aspects of the following activities were transferred to Cr. 2360-NIR would have clarified the significance of this decision and the scope of cost overruns in other parts of the project: (i) nutrition program; (ii) health education; (iii) social development support; (iv) immunization and social mobilization; (v) maternal and child health; and (vi) family planning activities.

- From the Staff Appraisal Report, it is apparent that no performance indicators were included in project design; however, monitoring and evaluation systems were to be introduced. The ICR fails to explain why monitoring and evaluation failed. Without monitoring and evaluation data, it is not possible to assess the ICR's claims that there was (i) an increase in immunization rates (two different figures are stated in the ICR); (ii) an increase in prenatal consultations; (iii) improvement in maternal health indicators; and (iv) improvement in the quality of curative and preventive services.
- The ICR contains no plan for future operation of the project, required under BP 13.55. This section should report the understanding with the borrower on the measures to maximize project benefits, the indicators for monitoring and evaluating the future operation of the project, and the Bank's intended follow-up actions.

4. The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF, and USAID) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.

5. The borrower's evaluation of the project and contribution to ICR found in Part B are notable. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. The government's contribution to the ICR and the use of a participatory approach to this evaluation will, in our view, be of considerable interest to other evaluation efforts in the region and elsewhere.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR); Mr. de Ferranti (HDDDR)

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger—Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (USAID) (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch, UNICEF, and USAID participated in the ICR mission but did not provide written comment.

The project objective was to assist the government to improve the performance of the public health sector. The project had two parts: Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

Despite an ambitious design and limited management, institutional capacity, and financial resources, the project made substantial achievements in both its policy reform and investment activities. This success was due in large part to the government's commitment to reform in general and the project in particular. A series of studies and planning activities, financed under Part A, contributed to policy formulation and reform, including (i) greater financial and managerial autonomy for hospitals and improved resource mobilization and hospital management; (ii) pilot studies of cost recovery for basic health services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and (iii) adoption of a health sector plan with a district (decentralized) approach that provides a coherent framework for sector development. The government also developed its National Health Sector Development Plan for the period 1994–2000 identifying the reform needs in the sector. Additional activities took place which were unforeseen at appraisal: a population census, a survey of youth health issues, purchase of anti-tuberculosis drugs, and activities related to HIV/AIDS. However, towards the end of the project, a number of activities were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) which planned to finance the same set of basic health activities: nutrition, maternal and child health, family planning, immunization, and health education.

Achievements under Part B were substantial. Despite delays in planning and funding, 110 of 113 health facilities were upgraded. Substantial achievements were made in training, although these fell short of targets. These investments increased capacity of the health system to receive and treat patients and improved the quality and coverage of care. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through management interventions, including: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening health education programs at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation prevented an assessment of project impact on health status in areas receiving project assistance.

The Operations Evaluation Department agrees with the ratings presented by the ICR. Outcome is rated as satisfactory because the project achieved its main objectives. Sustainability is rated as likely since the borrower is taking appropriate steps to mobilize resources for the recurrent costs of the sector, including activities initiated through this project. Institutional development is rated as modest because of the positive intent of many proposed reforms but lack of action (e.g., reforming the planning and budgeting system) to ensure they take effect. Bank performance is rated as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define performance indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and impacts; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into the Ministry of Public Health's operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory despite the absence of a plan for future operation. An audit is planned because the project achieved ambitious objectives under difficult circumstances, and the experience is valuable.

THE WORLD BANK GROUP

ROUTING SLIP		DATE: May 30, 1997	
NAME			ROOM. NO.
Mr. Ulrich Thumm, Advisor, OEDDR			G 7-005
☐	URGENT	☐	PER YOUR REQUEST
☐	FOR COMMENT	☐	PER OUR CONVERSATION
☐	FOR ACTION	☐	NOTE AND FILE
☒	FOR APPROVAL/CLEARANCE	☐	FOR INFORMATION
☒	FOR SIGNATURE	☐	PREPARE REPLY
☐	NOTE AND CIRCULATE	☐	NOTE AND RETURN
☐		☐	
RE: REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Cr. 1668-NIR) Implementation Completion Report			
REMARKS: Please find attached for your approval a draft Evaluative Memorandum from the DGO to the Board on the above ICR, together with a memorandum for your signature addressed to the Country Director. Your comments have been taken into account. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM <i>SASlow for</i> Josette Murphy, OEDDI		ROOM NO. G 7-035	EXTENSION 81293

→ Mr Blade
 Ready for signature
[Signature]
 6/3

June 23, 1997

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

**OED EVALUATIVE MEMORANDUM
ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT****Republic of Niger—Health Project (Credit 1668-NIR)**

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (USAID) (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch, UNICEF, and USAID participated in the ICR mission but did not provide written comment.

The project objective was to assist the government to improve the performance of the public health sector. The project had two parts: Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

Despite an ambitious design and limited management, institutional capacity, and financial resources, the project made substantial achievements in both its policy reform and investment activities. This success was due in large part to the government's commitment to reform in general and the project in particular. A series of studies and planning activities, financed under Part A, contributed to policy formulation and reform, including (i) greater financial and managerial autonomy for hospitals and improved resource mobilization and hospital management; (ii) pilot studies of cost recovery for basic health services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and (iii) adoption of a health sector plan with a district (decentralized) approach that provides a coherent framework for sector development. The government also developed its National Health Sector Development Plan for the period 1994–2000 identifying the reform needs in the sector. Additional activities took place which were unforeseen at appraisal: a population census, a survey of youth health issues, purchase of anti-tuberculosis drugs, and activities related to HIV/AIDS. However, towards the end of the project, a number of activities were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) which planned to finance the same set of basic health activities: nutrition, maternal and child health, family planning, immunization, and health education.

Achievements under Part B were substantial. Despite delays in planning and funding, 110 of 113 health facilities were upgraded. Substantial achievements were made in training, although these fell short of targets. These investments increased capacity of the health system to receive and treat patients and improved the quality and coverage of care. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through management interventions, including: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening health education programs at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation prevented an assessment of project impact on health status in areas receiving project assistance.

The Operations Evaluation Department agrees with the ratings presented by the ICR. Outcome is rated as satisfactory because the project achieved its main objectives. Sustainability is rated as likely since the borrower is taking appropriate steps to mobilize resources for the recurrent costs of the sector, including activities initiated through this project. Institutional development is rated as modest because of the positive intent of many proposed reforms but lack of action (e.g., reforming the planning and budgeting system) to ensure they take effect. Bank performance is rated as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define performance indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and impacts; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into the Ministry of Public Health's operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory despite the absence of a plan for future operation. An audit is planned because the project achieved ambitious objectives under difficult circumstances, and the experience is valuable.

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized 'A' or 'F' shape with a horizontal line extending to the right.

THE WORLD BANK GROUP

4/23

ROUTING SLIP		DATE: April 16, 1997	
NAME		ROOM. NO.	
Mr. Ulrich Thumm, OEDDR		G 7-005	
☐	URGENT	☐	PER YOUR REQUEST
☐	FOR COMMENT	☐	PER OUR CONVERSATION
☐	FOR ACTION	☐	NOTE AND FILE
☒	FOR APPROVAL/CLEARANCE	☐	FOR INFORMATION
☒	FOR SIGNATURE	☐	PREPARE REPLY
☐	NOTE AND CIRCULATE	☐	NOTE AND RETURN
RE: REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Cr. 1668-NIR)			
Implementation Completion Report			
REMARKS:			
Please find attached for your approval a draft Evaluative Memorandum from the DGO to the Board on the above ICR, together with a memorandum for your signature addressed to the Country Director. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM		ROOM NO.	EXTENSION
Josette Murphy, OEDD1		G 7-043	31726

→ Mr. Shade
 The EMM + memo to Director give me major problems.
 The ratings need to be revisited, and the ICR is
 certainly neither exemplary nor best practice (e.g.
 operation plan missing!)
 4/25

The proj was designed in 2 parts

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

Numbering + A and B somewhat confusing

is the 2 part division in project documents

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Kingdom of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch and the United Nations Children's Fund participated in the ICR mission.

UNICEF

How about comments from USAID?

The project objective was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level through: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved in two parts. Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) enhance capacity through health training.

These objectives

The objective of health policy reform within the overall framework of a structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management. A law on cost recovery for the non-hospital sector was adopted in June 1995, community participation in financing and managing health services increased, and a sector plan taking a district (decentralized) approach was adopted. The project contributed greatly to policy formulation reform and to strengthen capacity for planning and service delivery.

how about implementation?

The investment program objectives were also substantially met. Investments were made to upgrade the technical skills of service providers and to improve infrastructure and technical equipment in

Does this refer to the first statement of objectives or does it cover A + B. If the latter, what happened to service quality?

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

Does it refer only to policies? Clarify

Clarify + elaborate

such as

selected health facilities. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: increased awareness and activity on the part of communities to understand and take charge of their own health issues and problems; increased immunization rates and frequency of prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended.

On the evidence presented, the Operations Evaluation Department (OED) believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) clear targets and indicators should be set at the outset; (iii) inadequate management and institutional capacity constrain sector performance more than resource availability; and (iv) financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is exemplary, as is the borrower's contribution. An audit is planned because the project succeeded in achieving ambitious objectives in a difficult operating environment.

Lesson (ii) is hardly a lesson
but the way it is formulated
suggests that this project
suffered from lack of clear
targets and indicators
Clarify + reformulate

See comment
on memo to
Director

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

How can we be so sure. So far there was strong reliance on USAID and NL coop. + even during imple. mentation there was shortage of counterpart funds

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

Disagree: The ICR lists quite a few shortcomings incl. the transfer of activities to another project

3. OED believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

4. The ICR is exemplary:

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

I think the region's rating is reasonable judging by the ICR

of the proj. 1

- The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the measures agreed to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the Bank's Sector Investment Program approach in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

awkward
formulation

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

Then it is not
exemplary, not
best practice

How do we know it is
best practice? What
are our criteria?

It should certainly
not exclusively focus on
future Bank interventions
as is the case in this ICR

transferred vs. achieved

nutrit

- Strengthen services

② develop of policy

① pilot + actn at comm level & develop of nutr. system

✓
[Is ed] & comm int in h&h ✓

CK

extent of pilot

10 ann system

social devel support

✓
EPI

Immunity & social mobility

MCH

under basic healthcare - highest risk group

- Strengthen services

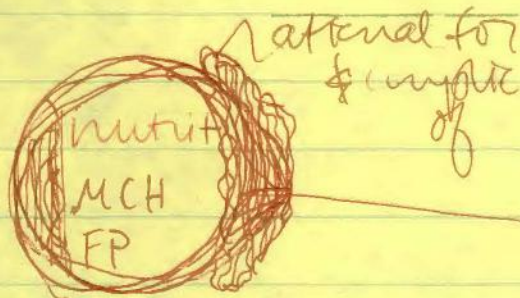
- mal, dia & comm diseases

integrate programs into coord PHC approach

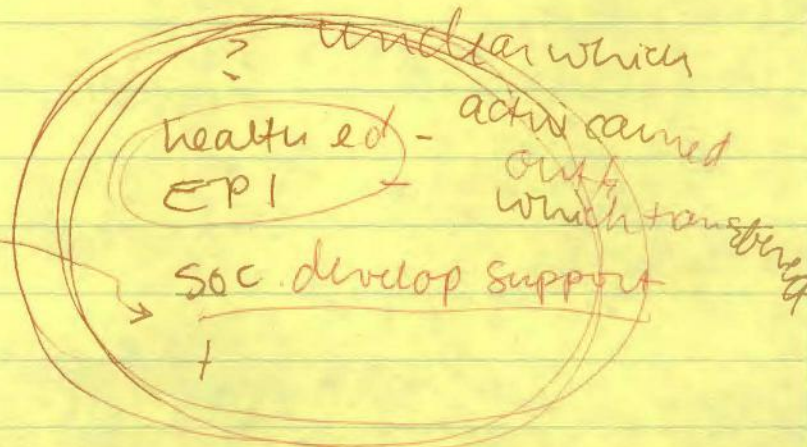
↓ includ.

FP

- Strengthen services; ^{expand} active outside MCH & develop of policy



short 2 yrs service IM



goals:

improve coverage & qual. of hc services
(civil works, drugs)

improve h sector eff & effectiveness of hc services
(staffing, equipment & main)

improved cost recovery

(study & devel of cr measures for shc)

Foster integr. of mal, diar, can & diseases of MCH include
fp into a coordinated phc approach

expand fp to centers nationwide + educ.

~~will be~~ ^{into all programs financed under the proj}
M&E systems, introd ~~in proj~~ ^{into rural hmt that is} integr ~~with the PHSA's~~ (being
A3-3 developed by USAID assist) p. 12

- EPI - monitoring

- diarrhea inter - M&E capacity

- nutr. program - surveillance

- fp services - RAP studies

Formal eval of program

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

*AD repres. attended workshop
shared a consultant -
part of 1*

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch and UNICEF participated in the ICR mission. [COMMENTS FROM USAID?] *part*

The project's objective was to assist the government in improving the performance of the public health sector. The project was comprised of two principle elements, Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

Despite the ambitious design of the project and lack limited management and institutional capacity and financial resources, the project made substantial achievements in both its policy reform and investment activities. This success was due in a large part to the commitment to reform in general, and the project in particular, on the part of the government. Financed under Part A of the project, a series of studies and planning activities contributed to policy formulation and reform, including (i) according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management; and ii) a pilot for cost recovery in basic health services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and iii) the adoption of a sector plan taking a district (decentralized) approach which provides a coherent framework for sector development. Additional activities took place under the project which were unforeseen at appraisal: a population census; a survey on youth; purchase of anti-tuberculosis drugs; and activities related to HIV/AIDS. However, due to the limited financial resources towards the end of the project, a number of activities were transferred to the on-going population project (Cr. 2360), since those activities were also programmed: nutrition program; health education; social development support; expanded program of immunization and social mobilization; mother and child health; and family planning.

In terms of service delivery, achievements under Part B of the project included upgrading, rehabilitation and equipping of over 110 health facilities and other supporting facilities including staff housing and storage facilities. Training was also provided to upgrade the technical skills of service providers. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving project assistance.

The Operations Evaluation Department (OED) is in agreement with the ratings presented by the ICR. Outcome is rated as satisfactory because of the number of achievements of the project. Sustainability is rated as uncertain because of the lack of counterpart funds which plagued the project. Institutional development is rated as modest because of the positive intent but lack of translation in administration (e.g. planning and budgeting system) to ensure they take effect. Bank performance is rated as satisfactory overall, though supervision was deficient both in terms of quantity and in terms of adequate skills mix as noted by the ICR. Borrower performance is rated as satisfactory overall because of the government's commitment to reform in spite of the difficult economic conditions as well as institutional weaknesses.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for sufficiently modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define monitoring and evaluation indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and their impact; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into the Ministry of Public Health's operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory. An audit is planned.

OFFICE MEMORANDUM

Princess
34576

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	Modest	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

3. OED agrees with the ratings indicated in the ICR because (see below?)

4. The ICR is satisfactory but could have been improved if the following points had been taken into account:

- The distinction between the project's implementation and achievements, and the project's activities which were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) are not clear: the nutrition program; health education; social development support; immunization and social mobilization; mother and child health; and family planning.
- From the Staff Appraisal Report, it is clear that no health outcome indicators were included in project design. However, the ICR fails to explain why monitoring and evaluation failed. Without monitoring and evaluation data, it is impossible to assess the ICR claims that i) there was an increase in immunization rates (two different

figures are stated in the ICR⁷; ii) an increase in prenatal consultations; iii) improvement in maternal health indicators; and iv) improved quality of curative and preventive services.

- Five key health sector adjustment studies of seven under the project were financed by USAID, yet there is no evidence that USAID was invited to participate in the ICR mission or comment on the draft ICR.
- The ICR contains no plan for future operation of the project, required under BP 13.55. This section should report the understanding with the borrower on the measures to maximize project benefits, the indicators for monitoring and evaluating the future operation of the project, and the Bank's intended follow-up actions.

← 5. The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.

← 6. The borrower's evaluation of the project and contribution to ICR found in Part B are also notable. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions in evaluating completed projects.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch and UNICEF participated in the ICR mission. [COMMENTS FROM USAID?]

The project's objective was to assist the government in improving the performance of the public health sector. The project was comprised of two principle elements, Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

The project contributed to improvements in the MOPH capacity for sector strategic management through the experience of designing and implementation of studies and operational research, and the subsequent policy reform emanating from these studies and research.

A series of studies and planning activities financed under part A of the project contributed to policy formulation and reform, including i) according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management; and ii) a pilot for cost recovery in basic health services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and iii) the adoption of a sector plan taking a district (decentralized) approach.

and strengthening of capacity in planning and service delivery. Studies and planning activities financed under Part A of the project, combined with skills development in planning management, and public health, were instrumental in the production of the National Sector Development Plan which provides a coherent framework for sector development. A number of key policy studies were undertaken and completed which resulted in the development and implementation of key reform measures, including

according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management, the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management.

In terms of service delivery, achievements under Part B of the project included upgrading, rehabilitation and equipping of over 110 health facilities and other supporting facilities including staff housing and storage facilities. Training was also provided to upgrade the technical skills of service providers. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation, however, did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving project assistance.

The vac. & training Subcomponents,

On the evidence presented, the Operations Evaluation Department (OED) is in agreement with the ratings presented by the ICR: outcome is satisfactory; sustainability as uncertain; institutional development as modest; Bank performance as satisfactory, though supervision was deficient, both in terms of quantity and in terms of adequate skills mix, as noted by the ICR; and Borrower performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for sufficiently modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define monitoring and evaluation indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and their impact; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into MOPH operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory. An audit is planned.

*while additional activities ~~were~~ took place under the project,
A number* pop. census & a survey on youth, purchase
of anti-TB drugs & activ. rel to HIV/AIDS,

*due to the limited financial resources towards the
end of the project, a number of activities were
transferred to the on-going POP project (Cr. —) since
those activities were also programmed.*

Outcomes

Introd^A policy reform

Studies + develop & implement

• according hosp greater fin & man. auton.,
improving improv in resource mobility &
hosp mgmt (hosp reform)

• Adopt of Law on CR for SHS

• increased particip of commun. in
financing & mgmt of h.s

• develop of sector plan of decentralized
health approach

4 studies - hosp, CEBHS, CR SHS, drugs

improv in sector mgmt - aid int-s - ad hoc

(policy formul

reform

strengthening of cap-in planning & service deliv.

• improved qual of cur. & prev. services

• increased cap- for receiving & treating patients

• intensif. of HEC

• increased invol of commun in health sector activ.

minimum
training - not fully achieved

THE WORLD BANK GROUP

4/23

ROUTING SLIP		DATE: April 16, 1997	
NAME		ROOM. NO.	
Mr. Ulrich Thumm, OEDDR		G 7-005	
☐	URGENT	☐	PER
☐	FOR COMMENT	☐	PER
☐	FOR ACTION	☐	NOTE
☒	FOR APPROVAL/CLEARANCE	☐	FOR IN
☒	FOR SIGNATURE	☐	PREPA
☐	NOTE AND CIRCULATE	☐	NOTE A
RE: REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Cr. 1668-N) Implementation Completion Report			
REMARKS: Please find attached for your approval a draft Evaluative Memorandum from the DGO to the Board on the above ICR, together with a memorandum for your signature addressed to the Country Director. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM 117 Josette Murphy, OEDD1		ROOM NO. G 7-043	EXTENSION 31726

Josette -
I disagree with
Ulrich's comments -
I look forward to
discussing this matter
with you.
Laura

→ Mr. Stadi
 The EMM + memo to Director give me major problems.
 The ratings need to be revisited, and the ICR is
 certainly neither exemplary nor best practice (e.g.
 operation plan missing!)

W
 4/25

outcomes

programme

- training ^{to upgrade tech skills} of service providers

- strengthen infrastru & tech. equip

10 fac - upgrading, rehab & equipment

+ housing for stable
warehouses
+ other facilities including,

- central to improv in the qual & coverage of
SHS (evidence)

maint program (?)

- improved strategic insight
- creation of interministerial committee for malaria
control program
- def of natl, multisectoral nutr. policy
- creat - of natl progr. on diarrheal disease
- strengthening of the health ed program
- comm. partic in health & nutr. activ.
(not elab.)

Quantifiable

- greater awareness & action on the part of commun.
for understanding & taking charge of their own health
issues & problems
- an increase in immunization rates 80% cov. but discr. in
prenatal consult. coverage urban/rural
- improv. in maternal health indic — no figures given

3/19/97

FY92-97 STUDY LISTING - OEDD1
(Arranged in order of Board Presentation)

Study ID	Product ID	Study Type	Study Name	Task Manager	Final to JAC	Repor #
S0037		Sector/Policy	Population Projects Overview	Ridker	10/22/91	10021
S0002		CFSR	Rural Development in NE Brazil	Candler	12/16/91	10183
S0005		CFSR	Renewable Resources: Nepal	Sfeir-Younis	2/11/92	10330
S0016		Process	Bank Experience with Project Supervision	Purcell	4/30/92	10606
S0012		Sector/Policy	Agr. Higher Education Study	Johnston	6/18/92	10751
S0004		CFSR	Renewable Resources: Bolivia	Sfeir-Younis	5/19/93	11891
S0001		Sector/Policy	Rural Finance Sector Review	Rice	6/29/93	12143
S0003		Sector/Policy	Support for Plantation Crops	Duane	6/29/93	12110
S0006		Sector/Policy	Involuntary Resettlement	McPhail	6/30/93	12142
S0014		Sector/Policy	African Human Resources Study	Ridker	6/30/93	12144
S0068		Sector/Policy	Ag. Extension: Lessons from Experience	Purcell	5/19/94	13000
S0009	34683	CFSR	Transmigration Overview - Indonesia	McPhail	5/25/94	12988
S35845	35845	Precis	Rural Finance Sect. Rev. - Precis	Rice	5/31/94	Issd.
S35846	35846	Precis	Rainfed Rural Development in Morocco - Prec	Gibbs	5/31/94	Issd.
S35849	35849	Precis	Madagascar Ag. SECAL Audit - Precis	Olivares	5/31/94	Issd.
S35850	35850	Precis	West Africa Livestock Audit - Precis	Tellez	5/31/94	Issd.
S35851	35851	Precis	China N. Plain Agric. audit - Precis	Gibbs	5/31/94	Issd.
S0015	34685	Sector/Policy	Gender Issues in Bank Lending: An Overview	Murphy	6/30/94	13246
S0050	34684	Process	An Overview of Monitoring & Evalulation in	Rice	6/30/94	13247
S35848	35848	Precis	Thailand Rubber IER - Precis	McPhail	6/30/94	Issd.
S35852	35852	Precis	Indonesia Transmigration - Precis	McPhail	9/15/94	Issd.
S0007	34682	Sector/Policy	Irrigation Program Review	Jones	11/03/94	13676
S35847	35847	Precis	Yemen/Maldives Fish. Audit - Precis	Murphy	11/11/94	Issd.
S35861	35861	Lessons & Pract	Agricultural Extension - L & P	Purcell	12/21/94	Issd.
S36066	36066	Sector/Policy	Conditional Lending Exp. in WB-Fin. Forestr	Gibbs	12/27/94	13820
S35853	35853	Precis	Monitoring & Evaluation - Precis	Rice	2/15/95	Issd.
S35856	35856	Precis	Gender Issues - Precis	Murphy	2/17/95	Issd.
S35855	35855	Precis	Irrigation Review - Precis	Jones	3/15/95	Issd.
S39106	39106	Precis	India Tamil Nadu Nutrition - Precis	Ridker	4/28/95	Issd.
S40846	40846	Precis	Sri Lanka: Mahaweli PARs - Precis	Candler	4/28/95	Issd.
S40847	40847	Precis	Romania Ag. PAR - Precis	Olivares	10/31/95	Issd.
S40848	40848	Precis	Indonesia Health PARs - Precis	Stout	12/29/95	Issd.
S40973	40973	Eval. Follow-Up	Monitoring & Evaluation Rev. Update	Rice	12/29/95	15222
S38836	38836	Eval. Follow-Up	Ag. Credit & Rural Finance Update	Rice	3/28/96	15221
S42472	42472	Precis	China Ag. Research PAR - Precis	Spurling	3/29/96	Issd.
S45246	45246	Precis	Benin RD Projects - Precis	Murphy	3/29/96	Issd.
S0011	34687	Sector/Policy	Agricultural Research in the 1980s	Purcell	6/26/96	15828
S42471	42471	Precis	Mexico Ag. SECAL PARs - Precis	Meerman	6/28/96	Issd.
S43078	43078	Precis	Seeds Impact - Precis	Candler	6/28/96	Issd.
S41307	41307	Process	Process Review of Poverty Assessments	Gibbs	8/07/96	15881
S0036	34689	Sector/Policy	Agriculture SECAL Review	Meerman	9/11/96	15883
S35854	35854	Precis	Pakistan Irrigation PARs - Precis	Blackwood	9/30/96	Issd.
S0057	34690	Sector/Policy	PHN Experience - Phase I	Stout	12/16/96	Issd.
S42663	42663	Eval. Follow-Up	Gender Study Follow-up	Murphy	4/07/97	
S42469	42469	Precis	Ag. SECAL Study - Precis	Meerman	6/20/97	
S42468	42468	Precis	Ag. Research in the 80s - Precis	Purcell	6/27/97	
S49451	49451	Precis	Pakistan UNHCR Projects - Precis	Blackwood	6/27/97	
S49452	49452	Precis	Botswana Land Mgmt (L2566) - Precis	Purcell	6/27/97	
S49523	49523	Precis	Morocco & Tunisia Health - Precis	van der Lugt	6/27/97	
S49524	49524	Precis	Senegal AGETIP (Pub. Works) - Precis	van der Lugt	6/27/97	
S49525	49525	Precis	Malawi Ag. SECAL - Precis	Candler	6/27/97	

limited fin. resources →
Activities to be referred to cargo & pop. prog.

• nutrition program

nutr. policy

• health ed & comm. partic. in hgt. nutr.

Since these activ. were also programmed

• social dev. support (?)

• EPI & social mobility

EPI - equip. for vacc.

• maternal & child health
incl. outreach

• fp activ. exp.

A policy

B program

1st 3 directorates

ONPPC - natl. pharm.

Additional activ.

✓ ~~activ. rel. to STD/AIDS~~ program

✓ purchase of anti-TB drugs

✓ survey on youth

✓ pop. census

5 of 8 studies under Part A were ult. fin. by USAID grant but remained an integral part of proj. activities.

selected health facilities. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: increased awareness and activity on the part of communities to understand and take charge of their own health issues and problems; increased immunization rates and frequency of prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended.

On the evidence presented, the Operations Evaluation Department (OED) believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) clear targets and indicators should be set at the outset; (iii) inadequate management and institutional capacity constrain sector performance more than resource availability; and (iv) financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is exemplary, as is the borrower's contribution. An audit is planned because the project succeeded in achieving ambitious objectives in a difficult operating environment.

Lesson (ii) is hardly a lesson
but the way it is formulated
suggests that this project
suffered from lack of clear
targets and indicators
Clarify + reformulate

See comment
on memo to
Director

Sustain. - mgmt capacity & R

Lack of counterpart funds & cash flow problems

Shortcomings - ambitious & obj. neither sub. sp. attr not understood by those resp. for this reality.

• 5 yr. prep - no M & E - more specific criteria better baseline data (p. 3)

• 5 yrs of serious mgmt & fin. problems

• Inadeq. mgmt / organ. capacity

• Bank - didn't devote adeq. resources to field supervision, both in terms of quantity & in terms of adequate skills to address & resolve the several key issues to proj implem, partic. those concerning fin. mgmt.

• sup. didn't provide for tech support & follow-up to fully exploit & consolidate investments in service qual improvements

(infrastructure, program develop & training) field supervision

• Lack of follow-up & eval of training skills left MOPH in cap. of ensuring optimal utility of newly acquired skills

• Lack of clear policy on prev. activities \$ promotion & treatment
caused them -

• no donor meetings

• revolving fund on chloroquine never functioning properly

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

Numbering + A and B somewhat
confusing

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Kingdom of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch and the ~~United Nations Children's Fund~~ UNICEF participated in the ICR mission. *How about comments from USAID?*

The project objective was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level through: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved in two parts. Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) enhance capacity through health training. *These objectives*

Clarify + elaborate
The objective of health policy reform within the overall framework of a structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management. A law on cost recovery for the non-hospital sector was adopted in June 1995, community participation in financing and managing health services increased, and a sector plan taking a district (decentralized) approach was adopted. The project contributed greatly to policy formulation reform and to strengthen capacity for planning and service delivery.

how about implementation?

The investment program objectives were also substantially met. Investments were made to upgrade the technical skills of service providers and to improve infrastructure and technical equipment in

Does this refer to the first statement of objectives or does it cover A + B. If the latter, what happened to service quality?

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

Does it refer only to policies? Clarify

clearly objectives of proj. - 2 main elements
quantifiable results, esp. inst. develop. (intuit)
Sustainability

M&E

Shortcomings

Supervision

Studies

- 1 hosp.
 - 2 CE bhs
 - 3 CR bhs
- drugs

SAR - ID - studies of hosp mgmt
diff. mgmt
C/E of bh services & operations
3?

M&E W USAID - Bank collaboration

- M&E of proj to be integrated into gen M&E framework of MOPIISA

A Support policy reform in the health sector.

turn TA to undertake
reform:

- Studies & programs aimed at improving
- invest planning ① fin & operational mgmt
 - alloc of recurrent exp ② improving phc
 - ~~CR~~ ③ increasing CR & improvement of essen. drugs

A2 ④ develop policies, ^{based on exp of proj.} rel. to ~~exp~~ pop & nutrit. policies

B ^{improvements in basic health & FP services} Strengthen priority health programs & services

- ① strengthening of 3 services
- ② dev of HEd & community init. in h & n
- ③ health manpower develop

A1 finance studies & support reform measured rel to

- invest. & recurrent exp

a, b CR

4# avail of essential drugs

1# avail - sector mgmt

Studies ←

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

How can we be so sure. So far there was strong reliance on USAID and NL coop. + even during imple. mentation there was shortage of counterpart funds

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

Disagree: The ICR had quite a few shortcomings incl. the transfer of activities to another project

3. OED believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

4. The ICR is exemplary: *Disagree because of lack of operation plan*

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

I think the region's rating is reasonable judging by the ICR

A

- 6 ① improve the efficiency, effectiveness & coverage of priority basic health programs & f p services, partic. those aimed at improving maternal & Child health. ② Make a particular effort to strengthen outreach & ③ develop a health ed program & ④ support community initiatives in health & nutrit.

particular emphasis sp in gnt & admini of services & programs - M & E systems will be introduced in all

of the pro 1

-2-

- The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the measures agreed to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the Bank's Sector Investment Program approach in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

answer
found:

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

Then it is not
exemplary, nor
best practice

How do we know it is
best practice? What
are our criteria?

It should certainly
not exclusively focus on
future Bank interventions
as is the case in this ICR

~~On~~ On EVU.

- 1) ¶ 2. suggest you shorten presentation of objects by saying that project had two principle elements: Part A which supported ... and Part B ... → and don't list out all sub-obj objectives
- 2) ¶ 3: ¶ Fine to note that policy reform is underway, but unless we've missed something, ~~its~~ these changes are still in the realm of intent, ~~and not~~ - They are, as you say potentially very important shifts; but 1) have they been incorporated into changes in admin (e.g. planning & budgeting system) to ensure they take effect.
 - Start para with a sentence to clarify that you are dealing sequentially with part A & Part B -
- 3) ¶ 4 - if there are quantifiable results, why not record them?
- 4) Rewrite ¶ 4 and 5 ^{of region memo} to reflect your decisions on all of above.

Niger. -

1) Tend to agree with words that it's not HS; but that I will do.

→ ~~No fiscal~~ ^{policy reform} largely study based, which ~~was~~ ^{is} - this appears to have led to some very important ~~reform~~ ^{reform} of health policy intent but we don't (nor does ICRC claim) see evidence of ~~the~~ better investment planning ~~results~~ ^{results} e.g. Ad expenditure patterns -

Why is what ~~two~~ ^{no} - Why wasn't used in eval'n, esp. if it sponsored the ^{core studies?}

→ Service delivery - very little ^{no} evidence of change in coverage, use of services - ~~lack of~~ ^{due to} lack of baseline etc. (H3.18) - ICRC doesn't claim this either - but a HS should have pretty substantial evidence here.

2) I am most struck by Bank performance - clearly was flawed during prep (5 years, and still no civil works plan ready ~~but~~ effectiveness, no baseline or MTE work? What did they accomplish

1) on ICR's evidence, supervision was ~~not~~ inadequate.

- You could stick with ^{for} 5 rating, but need to recognize these problems ^{especially} and in memo to region

So my recommendation is that you

eg 1) tone down your enthusiasm ~~in~~ in the EUM - it ~~at~~ sounds a bit like protesting too much

2) go along with the region's (appropriately in my view) more modest ratings

and

3) What do you think we should do about ~~the fact that we've~~ informing informally ~~told~~ the region about that our ~~rating~~ preliminary ratings are not going to be sustained/endorsed by front office?

→ Suggested next steps.

① Re-read ICR with an eye to Ulrich's comments, and these

② Re-consider ratings; I suggest changes ~~as~~ as above (0 = US, 10 = modest)

③ Re-examine your ~~cases for~~ and re-write ~~the~~ EUM

DECLASSIFIED
OCT 03 2018
WBG ARCHIVESFor Files?Went to
Jacinta**OED EVALUATIVE MEMORANDUM
ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT****Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)**

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Kingdom of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR.

The project objective was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level through: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved in two parts. Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) enhance capacity through health training.

The objective of health policy reform within the overall framework of a structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management. A law on cost recovery for the non-hospital sector was adopted in June 1995, and community participation in financing and managing health services increased, and a sector plan taking a district (decentralized) approach was adopted. The project contributed greatly to policy formulation and reform to strengthen capacity for planning and service delivery.

The investment program objectives were also substantially met. Investments were made to upgrade the technical skills of service providers and to improve infrastructure and technical equipment in selected health facilities. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of

health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; the definition of a national, multisectoral nutrition policy; the creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and the successful introduction of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: increased awareness and activity on the part of communities to understand and take charge of their own health issues and problems; increased immunization rates and frequency of prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended.

On the evidence presented, the Operations Evaluation Department (OED) believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievement ⁱⁿ the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory. ✓

The lessons identified by the ICR suggest: (i) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) clear targets and indicators should be set at the outset; (iii) inadequate management and institutional capacity constrain sector performance more than resource availability; and (iv) financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is exemplary, as is the borrower's contribution. An audit is planned because of the highly????

Success of the project, within a difficult environment and despite of it being the first ~~dispute~~

Given its ambitious objectives and despite the difficult ^{operating} environment.

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

3. OED believes the ICR understates project achievements and rates outcome as highly satisfactory and institutional development as high. Project achievements were significant despite a difficult operating environment and sectoral capacity has been strengthened substantially. OED has upgraded the rating for Outcome as project achievements were substantial and commendable, particularly given the difficult environment in Niger. Institutional Development has also been upgraded from modest to high due to the extensive contributions the project has made in strengthening sectoral capacity for planning and management.

4. The ICR is exemplary:

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

See next page for

- The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership which the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects. 

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the measures agreed to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the SIP currently being prepared in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

*Draft (See back)
for full
comments*

[Date]

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Republic of Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR25.1 million (US\$27.8 million equivalent), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. Of the total negotiated credit, DSR 24.8 million (US\$37.1 million equivalent) was disbursed and SDR 0.32 million has been canceled, of which SDR 0.3 million due to misprocurement and SDR 0.02 million due to unused credit funds at closing. The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR.

The objective of the project was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved through two parts: Part A supported health sector adjustment aimed at strengthening financial and operation management, improving basic health services, increasing cost recovery, improving essential drugs availability and developing population and nutrition policies, and Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) develop health manpower.

The objective of assisting the government in introducing policy reform in the health sector within the overall framework of its structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including: according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management; adoption of a law in June 1995 on cost recovery for the non-hospital sector; increased participation of communities in financing and management of health services; development of a sector plan, which espouses the district (decentralized) health approach. Most program objectives were also substantially met. Project investments contributed to improvements in the quality and coverage of health services. Program objectives for vaccination coverage and training were not, however, fully achieved.

Comments
 [Signature]
 [Red Star in Circle]
 Keep

Significant advances were made with project assistance, particularly with regard to its contribution to policy formulation and reform and to the strengthening of capacity in planning and service delivery. Among the most noteworthy of project outcomes are: the production of a coherent and strategic National Sector Development Plan, hospital reform, adoption of a cost recovery law, and, in selected areas, improved quality of curative and preventive services, increased capacity for receiving and treating patients, intensification of health information education and communication activities and increase involvement of communities in health sector activities. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving project assistance. However, project evaluation took place participatory evaluation process

Prospects for the sustainability of project interventions are good, thanks both to its success in building management capacity and to its success in demonstrating the potential for mobilizing resources through cost recovery. The experience of designing and carrying out studies and operational research and of the design and implementation of policy reform emanating from these studies and research contributed to significant improvements in the Ministry of Public Health (MOPH) capacity for sector strategic management. Capacity was also strengthened through long-term training provided under the project in planning, management, and public health and through the creation of directorates responsible for health sector planning and pharmaceutical policy reform.

The Operations Evaluation Department (OED) agrees with the ICR in rating the project outcome as satisfactory, sustainability as likely, institutional development as partial [DOUBLE CHECK], and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (a) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (b) clear targets and indicators should be set at the outset; (c) ~~a rolling planning process would accommodate both more rigor and more flexibility during project implementation~~; (d) inadequate management/institutional capacity is found to be more constraining of good sector performance than resource availability; and (e) financial participation of the communities has caused them to be more involved in, and more demanding of, health service delivery, prompting the public service to strive to be more client-oriented.

SPECIFIC TO NIGER (a) the need to decentralize sector management and administration and integrate more fully programs and services through the creation and support of health districts; (b) the need to strengthen capacity in strategic management and management of resources; and (c) the need to identify and utilize more fully the existing (often untapped) potential of the various stakeholders and contributors to health sector performance.

The ICR is satisfactory. No audit is planned.

FYI - Durre

#2

p2 of draft

SIP approach to govt so solid sector

Strategy - themselves (not TA)

oper. research & studies $\Rightarrow$

- Dev. of solid sector strategy

- training included MPTs

primarily a lot of the returns
(human resources)

= Sustainable

M&E interventions - very few proj. that estab. indicator in that generation

Capacity - could have conducted M&T review - fairly extensive done but never exploited - subp. of discussion or never acted upon -

[under supervision] resources & skills mup - not
& time responsive to issues raised

Where to note? - no subst. control / development control

Questions for Denise

11:30 a 33428

- community init. in health of nut-compens
- health ed. - ~~not very~~ **successful**
- ✓ M&E intentions

UM&E report in files
forward-looking trust

→ transfer of some obj = obj modified?

Div chief ~~to power~~ (ICR)

Dept Dir. H. Rube

T. Alters Ahlers

✓ highly sat outcome

✓ inst. dev. satd (partial ICR)

Curative aspects of proj
got more attr. - more successful
than preventive
not maintain.

→ ICR materials not used -
conceived in a vertical way - not
integrated w/ diff. disease

highly satisf.

Audit priority high (more resources to exploit)

lessons learned
= new basis for reforms

ICR
Borrower's contin

Exemplary → Tunisia (in French?)

thorough & honest assessment

particip M&E
by govt

- co-financers proj

incorp. into new

note to Denise - All-in-one Helen Irene

read ICR - share w/ Tunisia - good practice

Borrower - workshop - new policy = participation
benef. assessment -

upgrade -

(when I can send)

(Supervision - key - from lessons learned)

Internal Ministry
external evaluator
benef. assessment

Ian Porter

Ted Alters

Ahlers

Workshop - brought
together all 3

(including service providers) + stakeholders

Memo Theodore O. Ahlers CD013 WCAH. 4

French
① ICR
Denise will
send -

② Borrower's
comment
particip eval
several people

C2. Borrower Performance (cont'd)

3. Summary Rating of Borrower Performance on Project Implementation Overall rating Average rating If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:	5. SUMMARY RATING OF BORROWER PERFORMANCE Overall rating Average rating If your overall rating differs from the average rating, please comment on reasons for this difference:
4. Rate Borrower compliance with loan covenants / commitments:	

D. Special Themes

1. Indicate whether each of the following social concerns was a major project emphasis: <table><tr><td>Gender related issues</td><td> </td></tr><tr><td>Settlement / resettlement</td><td> </td></tr><tr><td>Beneficiary participation</td><td> </td></tr><tr><td>Community development</td><td> </td></tr><tr><td>Skills development</td><td> </td></tr><tr><td>Nutrition and food security</td><td> </td></tr><tr><td>Health improvement</td><td> </td></tr><tr><td>Other (specify):</td><td> </td></tr></table>	Gender related issues		Settlement / resettlement		Beneficiary participation		Community development		Skills development		Nutrition and food security		Health improvement		Other (specify):		3. Did the project place a major emphasis on poverty alleviation? ☐ Yes ☐ No If Yes: Was this a Poverty Targeted Intervention? ☐ Yes ☐ No Did it emphasize broad-based growth with labor absorption? ☐ Yes ☐ No Did it emphasize human development (education, health, or nutrition)? ☐ Yes ☐ No Did it emphasize the provision of a social safety net? ☐ Yes ☐ No
Gender related issues																	
Settlement / resettlement																	
Beneficiary participation																	
Community development																	
Skills development																	
Nutrition and food security																	
Health improvement																	
Other (specify):																	
2. Did the project have an unintended or unexpected effect on social concerns, regardless of the project's objectives? If Yes, was the effect positive or negative?	4. Indicate whether each of the following environmental concerns was a major project emphasis: <table><tr><td>Natural resource management</td><td> </td></tr><tr><td>Air / water / soil quality</td><td> </td></tr><tr><td>Urban environmental quality</td><td> </td></tr><tr><td>Other (specify):</td><td> </td></tr></table>	Natural resource management		Air / water / soil quality		Urban environmental quality		Other (specify):									
Natural resource management																	
Air / water / soil quality																	
Urban environmental quality																	
Other (specify):																	

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 30-May-1997 10:13am

TO: SUSAN STOUT

(SSTOUT@WorldBank.org@INTERNET)

FROM: Laura Raney, OEDD1

(LAURA RANEY)

EXT.: 31759

SUBJECT: NIGER HELP

SUSAN,

HOW WOULD YOU RATE THIS? I'M ON THE FENCE BETWEEN LIKELY AND UNCERTAIN; ULRICH IS PUSHING FOR UNCERTAIN, BUT I CANT DECIDE IF THERE IS ENOUGH EVIDENCE, THOUGH I AM LEANING THAT WAY. HELP PLEASE. I HAVEN'T SENT THIS REPLY AS JOSETTE IS OUT AND ROGER WANTS TO SIGN OFF ON THIS ICR BEFORE I LEAVE AT NOON. I'LL BE IN FRENCH CLASS FROM 10;15 TIL 11.

THANKS.

LAURA

A L L - I N - 1 N O T E

DATE:

TO: Josette Murphy

(JOSETTE MURPHY)

FROM: Laura Raney, OEDD1

(LAURA RANEY)

EXT.: 31759

SUBJECT: RE: Niger ICR-- Health project

Josette,

Thank you for your help.

Sustainability is rated as unlikely as there is insufficient evidence that the problems with counterpart funding have been resolved.

In going over the ICR yet once again, I made my decision to rate sustainability as likely based on the following information:

The ICR is contradictory: it states that the lack of counterpart funds, at the beginning of the project, led to the delay of some project activities. But it also states that the constraint of counterpart funds was eased after 1994 when the devaluation prompted additional donor assistance.

The ICR states that the financial constraints were due to the economic crisis, and that cash flow problems were exacerbated by the collapse of the bank where the project's special accounts were held. An amendment was made to the credit to allow for 100 percent IDA financing of the PMU.

However, there was PMU financial mismanagement.

ICR states that it was the government's commitment to reform in general, and to the project in particular, that was largely responsible for the successes/impacts recorded in spite of Niger's limited management and institutional capacity and financial resources.

ICR states that at the the borrower's inability, in the earlier stages of the project, to provide counterpart funds on a timely and reliable basis.

Borrower's comments state that the high level of counterpart funding required from Niger in reaction to its financial situation, which resulted in the freezing by the Bank of the special account, which was being used to finance ineligible activities, over a period of one year had a negative impact. A positive impact was the government's efforts to pay the counterpart contribution, and to reimburse disputed, noneligible invoices and untrusted items of spending detected by the financial inspectors.

However,

The "dependence on USAID" referred to by Ulrich seems unfounded. USAID offered grant money for the studies (which were to be TA), and borrowers always prefer

grant money to loans. An AID person participated in at least one mission and was closely involved with the project.

The project built management capacity and demonstrated the potential for mobilizing resources through cost recovery.

SUSAN, HOW WOULD YOU RATE THIS?

CC: CHRISTOPHER GIBBS
CC: SUSAN STOUT

(CGIBBS @WorldBank.org@INTERNET
(SSTOUT @WorldBank.org@INTERNET

5/5
Laura,

Despite your efforts, I
think you are not
quite finished. If there
is something you don't
understand, come &
see me.

Ch

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch, UNICEF, and USAID participated in the ICR mission but did not provide written comments.

The project's objective was to assist the government in improving the performance of the public health sector. The project ~~was comprised of two principle elements~~, Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

Despite ~~the~~ ambitious design ^{on} of the project, and limited management, institutional capacity, and financial resources, the project made substantial achievements in both its policy reform and investment activities. This success was due in a large part to the commitment to reform in general, and the project in particular, ^{for hospitals} on the part of the government. Financed under Part A of the project, a series of studies and planning activities contributed to policy formulation and reform, including (i) ^{government's} according hospitals greater financial and managerial autonomy and ^{health} prompting improvements in resource mobilization and hospital management; ^{studies} and (ii) a pilot for cost recovery in basic health services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and (iii) the adoption of a sector plan taking a district (decentralized) approach which provides a coherent framework for sector development. ^{for} Additional activities took place under the project which were unforeseen at appraisal: a population census; a survey on youth; purchase of anti-tuberculosis drugs; and activities related to HIV/AIDS. However, ^{but} due to the limited financial resources remaining in the Credit towards the end of the project, a number of activities were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) which planned to finance the same set of basic health activities: nutrition; maternal and child health; family planning; expanded program of immunization; and health education.

✓
of youth health issues? (I guess we don't know.)
"on youth" is not very informative.

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

* Lack of counterpart funds ^{at beginning of proj} (financial constraints) due to economic crisis. Cash flow problems exacerbated by the collapse of the Bank where the project's special accounts were held.

Bank performance: J

The project design addressed the need for policy reform in a pragmatic & flexible manner, thus supporting a learning approach that was quite innovative for its time.

↑ where? Para 3 after iii). Repeat it?

Why take out last sentence?

* Need to explain sustainability?
no, but agreed

Achievements under Part B of the project which strengthened service delivery included upgrading, rehabilitation and equipping of ~~over~~ 110 health facilities and other supporting facilities including staff housing and storage facilities. Technical training was also provided to service providers. These investments improved the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through management interventions. ~~Notable achievements included~~ creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multi-sectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education programs at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. The vaccination and training sub-components were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation ~~did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving project assistance.~~

The Operations Evaluation Department (OED) agrees with the ratings presented by the ICR. Outcome is rated as satisfactory because of the number of achievements of the project. Sustainability is rated as ~~uncertain~~ because of the lack of counterpart funds which plagued the project. Institutional development is rated as modest because of the positive intent of many proposed reforms but lack of action (e.g. reforming the planning and budgeting system) to ensure they take effect. Bank performance is rated as satisfactory overall, though supervision was deficient both in terms of quantity and skills mix as noted by the ICR. Borrower performance is rated as satisfactory overall because of the government's commitment to reform in spite of the difficult economic conditions as well as institutional weaknesses.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for sufficiently modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define monitoring and evaluation indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and their impacts; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into the Ministry of Public Health's operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory. An audit is planned because the project achieved ambitious objectives under difficult circumstances and the experience is valuable.

The ICR is ~~satisfactory~~, despite the absence of a plan for future operation.

Perhaps:-

Achievements under Part B were substantial. Despite delays in planning and funding, 110 of 113 health facilities were upgraded. Substantial achievements were made in training, although these fell short of targets.

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by
2. Based on this review, we intend to include the following ratings in the OED Annual Review database:

	<u>OED</u>
Outcome	Satisfactory
Sustainability	Likely <i>Unlikely</i> X
Institutional Development	Modest
Bank Performance	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory

OED agrees with the ratings indicated in the ICR *except for sustainability which OED rates as unlikely because...*

3. The ICR is satisfactory but could have been improved if the following points had been taken into account:

- The distinction between *activities completed under the project and those* ~~the project's implementation and achievements and those project activities~~ which were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) is unclear. Describing which aspects of the following activities were transferred to Cr. 2360 would have clarified the significance of this decision and the scope of cost overruns in other parts of the project: (i) nutrition program; (ii) health education; (iii) social development support; (iv) immunization and social mobilization; (v) maternal and child health; and (vi) family planning activities.
- From the Staff Appraisal Report, it is apparent that no performance indicators were included in project design; however, monitoring and evaluation systems were to be

it is not possible to assess

introduced. The ICR fails to explain why monitoring and evaluation failed. Without monitoring and evaluation data, ~~it is not clear how to assess~~ the ICR's claims that there was: (i) an increase in immunization rates (two different figures are stated in the ICR); (ii) an increase in prenatal consultations; (iii) improvement in maternal health indicators; and (iv) improvement in ^{the} quality of curative and preventive services.

- The ICR contains no plan for future operation of the project, required under BP 13.55. This section should report the understanding with the borrower on the measures to maximize project benefits, the indicators ^{for} monitoring and evaluating the future operation of the project, and the Bank's intended follow-up actions.

4. The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF, and USAID) who participated in the ICR mission, a practice ^{otherwise} which should be standard but rarely is.

5. The borrower's evaluation of the project and contribution to ICR found in Part B are notable. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. The government's contribution to the ICR and the use of a participatory approach to this evaluation ^{will}, in our view, be of considerable interest to other evaluation efforts in the region and elsewhere.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

Q: inclusion in the mission or contribution to the aide memoire itself?

Ben:

Please make these
changes and give
to Laura to review
when she comes
back from French.
And tell her Bon
Voyage for me!

Susan

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED
OCT 03 2018
WBG ARCHIVES

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (USAID) (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch, UNICEF, and USAID participated in the ICR mission but did not provide written commentary.

The project objective was to assist the government to improve the performance of the public health sector. The project had two parts: Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

Despite an ambitious design and limited management, institutional capacity, and financial resources, the project made substantial achievements in both its policy reform and investment activities. This success was due in a large part to the government's commitment to reform in general and the project in particular. Financed under Part A, a series of studies and planning activities contributed to policy formulation and reform, including (i) greater financial and managerial autonomy for hospitals and improved resource mobilization and hospital management; (ii) pilot studies of cost recovery for basic health services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and (iii) adoption of a health sector plan with a district (decentralized) approach that provides a coherent framework for sector development. The government also developed its National Health Sector Development Plan for the period 1994-2000 identifying the reform needs in the sector with the remaining challenge to define "how to do it". [SUSAN, DOES THIS READ WELL? THE PROJECT OBJECTIVES WERE POLICY REFORM AND ITS APPLICATION AND IMPLEMENTATION NATIONWIDE. ON P. 9, PARA 4.6 THE ICR STATES THAT THE DEVELOPMENT PLAN IDENTIFIES ACTIONS BUT HINTS THAT IT STOPS SHORT OF PROPOSING SPECIFIC ACTIONS. HAVE I INTERPRETED THIS CORRECTLY? PARA 3.5 ON P. 5 SAYS THAT BOTH THE DIAGNOSIS OF HEALTH SECTOR STATUS AND ISSUES AND PROPOSAL FOR EFFECTIVELY ADDRESSING THEM ARE EXTREMELY WELL DONE.... I'M SECOND

you cover this point in #5

Continue on p 2

GUESSING MY JUDGEMENT. HELP PLEASE.] Additional activities took place which were unforeseen at appraisal: a population census, a survey of youth health issues, purchase of anti-tuberculosis drugs, and activities related to HIV/AIDS. However, towards the end of the project, a number of activities were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) which planned to finance the same set of basic health activities: nutrition, maternal and child health, family planning, immunization, and health education.

Achievements under Part B were substantial. Despite delays in planning and funding, 110 of 113 health facilities were upgraded. Substantial achievements were made in training, although these fell short of targets. These investments increased capacity of the health system to receive and treat patients and improved the quality and coverage of care. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through management interventions, including: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening health education programs at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation prevented an assessment of project impact on health status in areas receiving project assistance.

The Operations Evaluation Department agrees with the ratings presented by the ICR. Outcome is rated as satisfactory because the project achieved its main objectives. Sustainability is rated as likely. *[SEE EXPLANATION IN MY EM.]* Institutional development is rated as modest because of the positive intent of many proposed reforms but lack of action (e.g., reforming the planning and budgeting system) to ensure they take effect. *[IS THIS JUSTIFIED BY THE ICR OR IS IT A STRETCH?]* Bank performance is rated as satisfactory. *N*

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define performance indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and impacts; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into the Ministry of Public Health's operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory despite the absence of a plan for future operation. An audit is planned because the project achieved ambitious objectives under difficult circumstances, and the experience is valuable.

Since ~~for~~ the Borrower is taking appropriate steps
since the Borrower ^{to make} ~~has made~~ ^{successful efforts} ~~a strong effort~~ to redress the
~~constraints to~~ to mobilize resources for the recurrent
costs of the sector, including activities initiated through
this project.

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 29-May-1997 05:32pm

TO: Laura Raney (LAURA RANEY)

FROM: Josette Murphy, OEDD1 (JOSETTE MURPHY)

EXT.: 31726

SUBJECT: Niger ICR-- Health project

Laura,

The rewording of the EVM is generally fine, but I am worried that you changed the sustainability rating back to likely, without explaining the basis for that rating. On your first draft, Ulrich questioned the likely sustainability and asked whether there was any indication that the past funding difficulties were or would soon be resolved.

I don't object to either a likely or an uncertain rating, but you need to show what indications are available in the ICR for future prospects. If there are no evidence to judge whether the old problems are being corrected, then an uncertain rating would be fine, with the explanation that there is no evidence that the past problems have been solved. (in the draft we discussed this morning, you had an uncertain rating justified by past problems having occurred; but the sustainability rating predicts the future, and past problems alone don't justify a sustainability rating). If there is some evidence that the counterpart funding problems have been corrected, then the logical sustainability rating would be likely, with an explanation that in spite of the old problems, we can expect the future situation to be better.

I don't want to send it to Ulrich as is, since he would send it back again with the same question on sustainability. You might want to discuss with Susan tomorrow. Please try to get this ready before you leave (i.e. whatever sustainability rating you and Susan decide on, but with a forward looking justification for it), so that Chris can send it to Ulrich next week.

Take heart, we all get better at those judgement calls with experience,

Josette

CC: CHRISTOPHER GIBBS
CC: SUSAN STOUT

(CGIBBS@WorldBank.org@INTERNET)
(SSTOUT@WorldBank.org@INTERNET)

Susan
Thanks!

- Did you read the
country director
memo attached?
See comments
on memo -
sorry about that
oops - Also - I'm
not clear about
meaning

Susan Chris

- ① Description too short?
no (objective)
 - ② necessary to have
explanation if agree
with ratings - yes
 - ③ more realistic? yes
- ;) Laura

Susan's
Comments

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED

OCT 03 2013

WBG ARCHIVE

Laura -
I think this is much
improved. Have suggested
some editorial changes.
Nice work. Susan

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Government of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch, UNICEF, and USAID participated in the ICR mission, but ~~did~~ *did not* provide written commentary.

The project's objective was to assist the government in improving the performance of the public health sector. The project was comprised of two principle elements, Part A to support policy reform and Part B to strengthen basic health and family planning services.

Despite the ambitious design of the project, ^{and} limited management, institutional capacity, and financial resources, the project made substantial achievements in both its policy reform and investment activities. This success was due in a large part to the commitment to reform in general, and the project in particular, on the part of the government. Financed under Part A of the project, a series of studies and planning activities contributed to policy formulation and reform, including (i) according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management; and (ii) a pilot for cost recovery in basic ~~health~~ ^{health} services and the subsequent passage of a national law on cost recovery for the non-hospital sector; and (iii) the adoption of a sector plan taking a district (decentralized) approach which provides a coherent framework for sector development. Additional activities took place under the project which were unforeseen at appraisal: a population census; a survey on youth; purchase of anti-tuberculosis drugs; and activities related to HIV/AIDS. However, ^{remaining in the credit} due to the limited financial resources towards the end of the project, a number of activities were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) since these activities were also programmed: nutrition ~~program~~ ^{program}; health education; social development support; expanded program of immunization and social mobilization; ~~maternal~~ ^{maternal} and child health; and family planning.

1 ?
1 ? ark

move
to (6)

from the project
or counterpart?

is there the ^{planned} ~~also~~ which ^{also}
to finance the same set of basic
health activities: - - - -

3

~~In terms of service delivery,~~ Achievements under Part B of the project included upgrading, rehabilitation and equipping of over 110 health facilities and other supporting facilities including staff housing and storage facilities. Training was also provided to ~~upgrade the technical skills of~~ service providers. These investments ~~contributed to improvements in~~ the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through ~~improved strategic management~~. Notable ~~interventions~~ achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multi-sectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in financing and managing health and nutrition activities. The vaccination and training sub-components were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended. Lack of baseline data and weak monitoring and evaluation did not permit an assessment of the project's impact on health status in areas receiving project assistance. (R)

The Operations Evaluation Department (OED) ~~is in agreement~~ with the ratings presented by the ICR. Outcome is rated as satisfactory because of the number of achievements of the project. Sustainability is rated as uncertain because of the lack of counterpart funds which plagued the project. Institutional development is rated as modest because of the positive intent, ~~but lack of translation in~~ ^{e.g. reforming the} administration (e.g. planning and budgeting system) to ensure they take effect. Bank performance is rated as satisfactory overall, though supervision was deficient both in terms of quantity and ~~in terms of~~ ^{adequate} skills mix as noted by the ICR. Borrower performance is rated as satisfactory overall because of the government's commitment to reform in spite of the difficult economic conditions as well as institutional weaknesses. ^{of many proposed reforms, but lack of action}

The lessons identified by the ICR suggest: (i) the need for sufficiently modest project objectives based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) the need to define monitoring and evaluation indicators by project appraisal to enable the borrower and the Bank to objectively assess project achievements and their impact; (iii) the importance of integrating and mainstreaming project activities more fully into the Ministry of Public Health's operations, both at the central and decentralized levels; and (iv) that financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is satisfactory. An audit is planned.

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)
Implementation Completion Report**

- Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by
- Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	Modest	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

OED agrees with the ratings indicated in the ICR.

- The ICR is satisfactory but could have been improved if the following points had been taken into account:

- The distinction between the project's implementation and achievements, and the project's activities which were transferred to the on-going population project (Cr. 2360) is unclear: the nutrition program; health education; social development support; immunization and social mobilization; mother and child health; and family planning.

- From the Staff Appraisal Report, it is apparent that no health outcome indicators were included in project design. However, the ICR fails to explain why monitoring and evaluation failed. Without monitoring and evaluation data, it is impossible to assess the ICR claims that i) there was an increase in immunization rates (two

Howevr M&E systems were to be introd. in the proj. & integrated into the gen M&E framework of MOPHSA being developed w/ assistance from Ce2360, would have and how would have clarified the significance of this decision, and the scope of cost overruns

is this true for other types of indicators? if they have input + process, then we need to give them credit for at least having plan

yes M&E systems were to be introd.

is (3) those

meaning not quite clear

input, process or health outcome? not clear how to measure project success - in terms of parts of the project

US AID.

different figures are stated in the ICR); ii) an increase in prenatal consultations; iii) improvement in maternal health indicators; and iv) improved quality of curative and preventive services.

- The ICR contains no plan for future operation of the project, required under BP 13.55. This section should report the understanding with the borrower on the measures to maximize project benefits, the indicators for monitoring and evaluating the future operation of the project, and the Bank's intended follow-up actions.

4. The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.

5. The borrower's evaluation of the project and contribution to ICR found in Part B are notable. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. ~~OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions in evaluating completed projects.~~

approach to this
the use of a

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

will, ~~be~~ ~~very~~ ~~likely~~ in our view
be of considerable interest to other
evaluation efforts in the region and
elsewhere. ~~We hope you have no~~
~~objections to~~

THE WORLD BANK GROUP

ROUTING SLIP		DATE: April 14, 1997	
NAME			ROOM. NO.
Mr. Ulrich Thumm, OEDDR			G 7-005
	URGENT		PER YOUR REQUEST
	FOR COMMENT		PER OUR CONVERSATION
	FOR ACTION		NOTE AND FILE
✓	FOR APPROVAL/CLEARANCE		FOR INFORMATION
✓	FOR SIGNATURE		PREPARE REPLY
	NOTE AND CIRCULATE		NOTE AND RETURN
RE: REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Cr. 1668-NIR) Implementation Completion Report			
REMARKS: Please find attached for your approval a draft Evaluative Memorandum from the DGO to the Board on the above ICR, together with a memorandum for your signature addressed to the Country Director. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM		ROOM NO.	EXTENSION
Josette Murphy, OEDD1		G 7-043	31726

Josette's comments

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

the United Nations Children's Fund
and UNICEF
The Bank participated in the ICR mission

DECLASSIFIED
OCT 03 2018
WBG ARCHIVES

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Kingdom of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR.

The project objective was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level through: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved in two parts. Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) enhance capacity through health training.

The objective of health policy reform within the overall framework of a structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management. A law on cost recovery for the non-hospital sector was adopted in June 1995, and community participation in financing and managing health services increased, and a sector plan taking a district (decentralized) approach was adopted. The project contributed greatly to policy formulation and reform to strengthen capacity for planning and service delivery.

The investment program objectives were also substantially met. Investments were made to upgrade the technical skills of service providers and to improve infrastructure and technical equipment in selected health facilities. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of

health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; the definition of a national, multisectoral nutrition policy; the creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and the successful introduction of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: increased awareness and activity on the part of communities to understand and take charge of their own health issues and problems; increased immunization rates and frequency of prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended.

On the evidence presented, the Operations Evaluation Department (OED) believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) clear targets and indicators should be set at the outset; (iii) inadequate management and institutional capacity constrain sector performance more than resource availability; and (iv) financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is exemplary, as is the borrower's contribution. An audit is planned because of the success of the project, given its ambitious objectives despite the difficult operating environment.

was successful, succeeded in achieving

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)
Implementation Completion Report**

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

3. OED believes the ICR understates project achievements and rates outcome as highly satisfactory and institutional development as high. Project achievements were significant despite a difficult operating environment, and sectoral capacity has been strengthened substantially. OED has upgraded the rating for Outcome to highly satisfactory as project achievements were substantial and commendable, particularly given the difficult environment in Niger. Institutional Development has also been upgraded from modest to high due to the extensive contributions the project has made in strengthening sectoral capacity for planning and management.

4. The ICR is exemplary:

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

- The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the measures agreed to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the SIP currently being prepared in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

The World Bank/IFC/MIGA
O F F I C E M E M O R A N D U M

DATE: April 8, 1997 09:27am

TO: LAURA RANEY (LAURA RANEY@A1@WBWASH)

FROM: Denise Vaillancourt, AFTH3 (DENISE VAILLANCOURT@A1@WBHQB)

EXT.: 33428

SUBJECT: Niger Health I ICR

Laura,

I'm not sure if you read French, but I'm attaching the EM response from the Niger Ministry of Health. They were extremely pleased that OED recognized their good work and are happy to share their documentation and experiences with the Tunisians.

Denise

CC: JOHANNE ANGERS (JOHANNE ANGERS@A1@WBWASH)
CC: CELINE GAVACH (CELINE GAVACH@A1@WBWASH)
CC: HELENA RIBE (HELENA RIBE@A1@WBWASH)

The World Bank/IFC/MIGA
O F F I C E M E M O R A N D U M

DATE: April 7, 1997 01:42pm EDT

TO: Denise Vaillancourt (DENISE VAILLANCOURT@A1@WBHQB)

FROM: Ibrahim Magagi, AFMNE (IBRAHIM MAGAGI@A1@NIAMEY)

EXT.:

SUBJECT: RE: Niger Health I: ICR

Bonjour Denise,

C'est avec un grand plaisir que nous avons tous lu ton EM et c'est encore une fois la preuve que le travail en equipe paie toujours. En effet nous avons vu le SG ce matin pour discuter des prochaines etapes et nous lui avons demande son avis sur le partage de notre ICR avec les Tunisiens. Il nous a dit qu'il n'a aucune objection a partager ses documents avec d'autres Pays dans le cadre d'un echange d'information surtout si la raison est que les documents ont ete tres bien concus. Il pense meme que des echanges de ce genre sont a encourager.

Nous avons presente notre processus d'evaluation a l'equipe chargee de l'evaluation du projet POP et nous pensons les appuyer de temps en temps (si nos activites le permettent).

Je vous enverrai un EM separe pour faire le point de nos discussions avec le SG demain.

A bientot.

Ibrahim.

CC: DJIBRILLA KARAMOKO

(DJIBRILLA KARAMOKO@A1@NIAMEY)

CC: ROUGUI DIALLO

(ROUGUI DIALLO@A1@NIAMEY)

CC: JOHANNE ANGERS

(JOHANNE ANGERS@A1@WBWASH)

CC: CELINE GAVACH

(CELINE GAVACH@A1@WBWASH)

The World Bank/IFC/MIGA
O F F I C E M E M O R A N D U M

DATE: April 11, 1997 08:24am

TO: Denise Vaillancourt

(DENISE VAILLANCOURT @A1@WBHQB)

FROM: Laura Raney, OEDD1

(LAURA RANEY)

EXT.: 31759

SUBJECT: RE: Niger Health I ICR

Denise,

Thanks for forwarding the response from the Niger Ministry of Health. It's exciting to see such a sharing of information between countries. Thank you for helping to make it happen. I sent the French translation of the ICR and the government's evaluation to the Tunisian team here at the Bank yesterday - Claire Voltaire and Jane Nassim - as best practice, and they will be sharing the two documents with the officials in the Tunisian Ministry of Health to assist both with their final evaluation of the Bank-assisted health project and in writing the ICR. Congratulations again on your ICR. The OED rating of the ICR, while not yet official, is exemplary. That's the first such rating that I'm aware of in the HNP sector. A separate memo will follow.

Laura

CC: JOHANNE ANGERS

(JOHANNE ANGERS)

CC: CELINE GAVACH

(CELINE GAVACH)

CC: HELENA RIBE

(HELENA RIBE)

CC: IRENE XENAKIS

(IRENE XENAKIS @A1@WBHQB)

CC: Jerome Chevallier

(JEROME CHEVALLIER)

CC: IAN PORTER

(IAN PORTER @A1@EDSEL)

CC: Theodore Ahlers

(THEODORE AHLERS)

CC: OEDD1 Files

(OEDD1 FILES)

The World Bank/IFC/MIGA
O F F I C E M E M O R A N D U M

DATE: April 3, 1997 08:48am

TO: Laura Raney (LAURA RANEY@A1@WBWASH)

FROM: Denise Vaillancourt, AFTH3 (DENISE VAILLANCOURT@A1@WBHQB)

EXT.: 33428

SUBJECT: RE: Niger Health I: ICR

Laura,

We are connected by EM to two colleagues in the Niger Ministry of Public Health, who were instrumental in preparing the good ICR process that we had for Health I (one is the former coordinator of the project). While I would expect that they'd be very pleased to share the ICR with the Tunisian Govt, I think it's only right to ask them first. They usually get back to me very quickly.

I'll get right back to you. In the meantime, yes, please go right ahead and share it with the Tunisian health team here at the Bank right away.

Denise

CC: CELINE GAVACH (CELINE GAVACH@A1@WBWASH)
CC: JOHANNE ANGERS (JOHANNE ANGERS@A1@WBWASH)

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

*RAPPORT D'ACHEVEMENT DU
PROJET SANTE IDA CREDIT 1668 NIR*

2 mai 1996

SOMMAIRE

I. DESCRIPTION ET DEMARRAGE DU PROJET.....	2
1. HISTORIQUE.....	2
A) Contexte de la politique sanitaire.....	2
B) Situation économique.....	2
C) Situation sanitaire et les problèmes majeurs de santé.....	3
D) Cadre institutionnel du projet.....	4
2. OBJECTIFS DU PROJET.....	4
3. COMPOSANTES DU PROJET.....	5
A- Etudes sectorielles.....	5
B- Santé de base et Planification familiale.....	6
C- Formation du personnel.....	8
D- Education pour la Santé.....	9
E- Réfection des bâtiments et Equipement des formations sanitaires....	9
F- Gestion du projet.....	10
G- Sous-projets.....	10
II. CONCEPTION, EXECUTION, REALISATION ET IMPACT DU PROJET.....	12
1. EVALUATION DE LA CONCEPTION DU PROJET.....	12
2. PRINCIPAUX RESULTATS DU PROJET.....	13
3. COORDINATION ET GESTION DU PROJET.....	14
4. IMPACT DU PROJET SUR LE SYSTEME DE SANTE....	15
III. ANALYSE CRITIQUE DE L'ACTION DE LA BANQUE, DU GOUVERNEMENT ET DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE.....	15
1. APPRECIATION DE L'ACTION DE LA BANQUE MONDIALE.....	15
2. APPRECIATION DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT.....	16
3. EVALUATION DE L'EFFICACITE ET DE LA QUALITE DES RELATIONS ENTRE LA BANQUE ET LE GOUVERNEMENT.....	17
4. EVALUATION DES PERFORMANCES DES DIFFERENTES INSTITUTIONS, BUREAUX D'ETUDES ET CONSULTANTS.....	17
IV. EVALUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DU PROJET.....	18
1. COUT TOTAL DU PROJET.....	18
2. COUTS RECURRENENTS ENGENDRES.....	18
V. PERSPECTIVES POUR UN NOUVEAU PROJET	19
VI. CONCLUSIONS.....	20
VII. ANNEXES.....	20

I. DESCRIPTION ET DEMARRAGE DU PROJET

Le projet Santé a été négocié du 10 au 13 février 1986 et l'accord de crédit a été signé le 14 avril 1986. La mise en vigueur est intervenue le 3 novembre 1986. Les activités ont démarré le 1er janvier 1987. Le montant total du crédit s'élevait à 25.100.000 de DTS soit en dollars US 27.800.000 dont la part de l'IDA représentait 95% et le Niger 5%. De ce montant 77 millions de FCFA ont servi de fonds de préparation du projet (PPF).

1. HISTORIQUE

A) Contexte de la politique sanitaire

Du Plan quinquennal de développement Economique et social 1979-1983, des journées d'étude de la Santé à Dosso en 1982, et du débat National à Maradi en 1983, les orientations du secteur ont été retenues notamment en qui concerne l'intégration du système de santé dans les structures de la Société de développement pour susciter la participation communautaire, l'extension de la couverture sanitaire, l'élaboration d'une politique d'action sociale contre les problèmes sociaux, la formation du personnel et l'Information, l'Education Pour la Santé.

Le programme intérimaire de consolidation 1984-1985 a précisé que les actions porteront sur les priorités suivantes :

- la réfection des infrastructures en mauvais état ;
- l'intensification et l'adaptation de la formation pour promouvoir les formations du personnel en qualité et en quantité suffisante ;
- le renforcement des activités en cours dans le cadre de la restructuration et de la redynamisation des services de santé.

C'est pour appuyer la mise en oeuvre de ce programme que le projet santé a vu le jour en 1986.

B) Situation économique

L'économie du Niger est dominée par une agriculture de subsistance et un élevage intensif. Le secteur rural occupe plus de 80% de la population active. Mais cette économie rurale reste tributaire des aléas climatiques.

Avec le boom de l'Uranium et l'amélioration de la pluviométrie ayant entraîné une croissance du secteur agricole et la reconstitution du cheptel décimé, l'exploitation de l'uranium a été sous l'impulsion de la demande et des cours mondiaux, une véritable bouffée d'oxygène pour l'économie nationale. La vente de l'uranium rapportait plus de 70% des recettes d'exportation, passant de 19,6 milliards en 1975 à 131,7 milliards en 1981.

Cette nouvelle source a transformé radicalement les données de l'économie nigérienne, le PIB a augmenté de 5,8% par an, les exportations de 15,14% par an, et les recettes fiscales de 20% par an. L'exportation de l'Uranium a développé des effets d'entraînement importants sur le reste de l'économie, la valeur ajoutée du secteur moderne augmentait de 25% par an.

La période s'est caractérisée aussi par des investissements importants, et les ressources tirées de la vente de l'uranium ont servi à financer en priorité des programmes de dépenses publiques improductifs. Par ailleurs, la hausse des cours et de la demande de l'uranium a été perçue par nos partenaires comme une augmentation de la capacité de remboursement du Niger. Malheureusement le marché de l'Uranium s'effondra en 1982. Le poids de la dette issue de la politique volontariste des gros investissements de l'Etat a entamé les performances de l'Economie. Le déficit budgétaire continuait à se creuser.

Face à cette crise les pouvoirs publics ont pris des mesures d'austérité soutenues par le FMI et la Banque Mondiale afin de contenir les déséquilibres internes et externes. Cette politique devait s'appuyer sur une limitation des charges et une mobilisation accrue des ressources; elle comprenait aussi des réformes visant à renforcer le rôle du secteur privé dans l'économie, et à restructurer le secteur para-public.

Malgré ces mesures d'austérité, le Niger n'a pas encore retrouvé le chemin de la croissance économique. En effet, le PIB a chuté de 4% en moyenne de 1982 à 1988. Il en a résulté un transfert d'activité vers le secteur informel agricole et non agricole qui passe de 66,2% du PIB en 1985 à 75,3% en 1992. Au cours de cette période, on note une réduction du volume des exportations et la détérioration des termes de l'échange.

La situation des finances publiques est restée précaire compte tenu des difficultés liées à la non maîtrise des dépenses de fonctionnement dont le niveau est loin d'être compatible avec celui des recettes budgétaires.

Les effets négatifs de cette économie ont eu des répercussions sur la situation socio-sanitaire du pays.

C) Situation sanitaire et les problèmes majeurs de santé

C.1. L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif avec :

- un premier niveau chargé des activités opérationnelles qui correspond à la Circonscription Médicale (CM) : District sanitaire ;
- un deuxième niveau constitué par des Centres de référence (Centre Hospitalier Départemental: CHD) avec sa Direction Départementale de la Santé, structure administrative chargée de l'appui technique ;
- un troisième niveau comprenant trois (3) hôpitaux nationaux et des centres spécialisés (CNSF, CNAT, Centre Anti-Lèpre) avec des directions centrales chargées de l'appui politique et stratégique pour l'ensemble du système de santé.

C.2. La situation sanitaire du pays avant 1988 était caractérisée par une insuffisance de la couverture sanitaire, un environnement hostile avec une persistance des maladies les plus couramment fréquentes au niveau des formations sanitaires : Paludisme, Affections Respiratoires, maladies diarrhéiques, Plaies et déchirures, trachomes et conjonctivites, et les affections cutanées. Le pays connaissait également des épidémies de rougeole, de méningite, et une situation nutritionnelle précaire des femmes enceintes et des enfants.

A cela il faut ajouter une croissance démographique de 2,7% aggravant de surcroît le taux brut de mortalité (25 pour mille), le taux de mortalité infantile (200 pour mille) et le taux de mortalité maternelle (7 pour mille). La situation sanitaire bien que tributaire de la croissance démographique se heurte également à une insuffisance des activités d'Education pour la Santé.

C.3. Eu égard à cette situation, les problèmes majeurs du système de santé concernent les points suivants :

- un taux particulièrement élevé de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.
- une faible couverture sanitaire
- une insalubrité du milieu.
- une insuffisance de la sensibilisation de la population sur les problèmes de santé.
- un équilibre alimentaire de plus en plus fragile ayant des conséquences sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables ; particulièrement les enfants en bas âge, les femmes allaitantes et les femmes enceintes.

D) Cadre institutionnel du projet

Avant la signature de l'accord de crédit, plusieurs conditions préalables ont été remplies par le Ministère de la Santé Publique. Ces conditions sont les suivantes :

- l'ouverture par l'intermédiaire de l'ONPPC d'un compte auprès d'une banque commerciale pour alimenter un fonds renouvelable destiné à financer le réapprovisionnement en produits anti-paludéens du programme de lutte contre le paludisme
- l'ouverture d'un compte spécial en monnaie nationale et dépôt dans ce compte d'un montant initial de 30 millions de fcfa
- la création d'un bureau de projet doté d'un personnel suffisant et la mise en place d'un système de comptabilité. A cet effet un arrêté N° 20/MSP/AS du 10 juillet 1986 du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales crée le bureau de projet qui est directement rattaché au cabinet et joue le rôle de direction du projet. Cette direction a comme objectifs de :
 - coordonner et de superviser toutes les activités du projet et de l'aide en général;
 - préparer des plans d'actions annuels ;
 - passer des marchés des fournitures ;
 - instruire des demandes de retrait du crédit ;
 - consolider et élaborer des rapports d'activités et commander des audits annuels du projet.

La direction du projet disposait d'une équipe restreinte composée d'un directeur, d'un adjoint, d'un agent chargé des formations, d'un conseiller en gestion (AT) et d'un personnel d'appui (Comptable, Secrétaire, Chauffeur).

Le projet a une envergure nationale dans toutes ses composantes à l'exception de la nutrition qui intervenait dans l'arrondissement de Loga (Dosso).

2. OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif du projet est d'aider le gouvernement à introduire des réformes structurelles dans le secteur de la santé grâce à des études et des programmes de réformes visant à améliorer la planification des investissements, l'affectation des dépenses de fonctionnement, le recouvrement des coûts, l'approvisionnement en médicaments essentiels, la gestion du secteur et la coordination de l'aide. Il aidera également le gouvernement à définir des mesures en matière de population, de planification familiale et de nutrition. En outre, pour appuyer le programme de réformes sectorielles, le projet renforcera les programmes et services de santé prioritaires :

- Protection maternelle et Infantile y compris la planification familiale et lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et transmissibles ;
- Education sanitaire et initiatives collectives en matière de santé et de nutrition, et
- Formation du personnel sanitaire.

3. COMPOSANTES DU PROJET

A- Etudes sectorielles

A.1. Dans le cadre des réformes envisagées dans le secteur sanitaire, le projet devrait aider le Ministère de la Santé Publique à renforcer la gestion opérationnelle et financière, à améliorer les services de santé de base, à accroître le recouvrement des coûts des investissements du secteur, et à améliorer l'approvisionnement en médicaments essentiels. Comme stratégies il s'agit de réaliser six (6) études qui définiraient des mesures de réformes dans le domaine des dépenses d'investissement et de fonctionnement, du recouvrement des coûts, de l'approvisionnement en médicaments essentiels, de la gestion sectorielle y compris la coordination de l'aide extérieure.

A.2. Cette réforme structurelle devrait être conduite par le Ministère du Plan qui était chargé de mettre en oeuvre le Programme d'Ajustement Structurel. Mais la réalisation des études a été conduite par la Direction des Etudes et de la Programmation du Ministère de la Santé Publique.

A.3. Après concertation entre le Ministère du Plan, le Ministère de la Santé Publique et l'USAID, les études ont été reformulées, réparties et réalisées par la Subvention au Développement du Secteur Sanitaire (SDSS) et le Projet santé :

- **Etude sur le budget de la Santé** : L'étude sur le budget de fonctionnement et d'investissement a été réalisée en trois étapes : une analyse a été faite pour la période allant de 1978 à 1980 par un assistant technique de la Coopération française, ensuite de 1980 à 1988 par une équipe de consultant de Tulane University, ensuite une analyse pour la période allant de 1988 à 1991 par la DEP du MSP.

- **Etude sur la gestion hospitalière au niveau des hôpitaux nationaux et des CHD** : Une équipe composée de consultants nationaux et étrangers a fait des analyses sur les coûts au niveau des Hôpitaux Nationaux et des Centres Hospitaliers Départementaux au cours de la période allant de 1989 à 1992. Ces études ont consisté à analyser la gestion des hôpitaux et d'en dégager les orientations.

- **Etude sur l'utilisation, le coût des prestations et les options de recouvrement des coûts au niveau des services de santé de base** : L'étude sur le recouvrement des coûts a été réalisée sur une période assez longue de 1989 à 1993. Une expérience sur le mode de recouvrement devrait être mener afin de pouvoir retenir le mode à généraliser. L'expérience qui n'a démarré qu'en 1993 avec le soutien financier de l'USAID et du projet Santé a permis d'identifier les avantages et les inconvénients de deux modes de recouvrement. On doit noter que l'évaluation finale de l'expérience a conduit le MSP à décider de laisser le choix du mode de recouvrement à appliquer à la discrétion de la population.

- **Etude sur le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Niger** : L'étude entièrement financée par le projet Santé, a été réalisée en 1991-1992 par une équipe composée de consultants étrangers (CREDES) et nationaux. Les résultats de l'étude ont été portés à la connaissance du MSP à partir de janvier 1992.

- **Etude sur les Programmes régionaux de Santé** : En plus de ces études programmées, le Ministère de la Santé Publique a négocié en 1993 la réalisation d'une étude sur l'élaboration des Plans régionaux de développement sanitaire pour les départements de Maradi, Tahoua, Diffa, Tillabéri et CUN. La réalisation des études a été acceptée par la Banque Mondiale, et une consultation locale a été identifiée pour l'exécution de l'étude.

B- Santé de base et Planification familiale

B.1. Programme de lutte contre le Paludisme

Première cause de morbidité, le paludisme représente 20 % des motifs de consultation. Il sévit sur l'ensemble du territoire national de façon endémique à des degrés variables et affecte toutes les couches sociales. L'objectif du programme est de réduire l'incidence et la mortalité due au paludisme en :

- élaborant une politique nationale de lutte contre le paludisme;
- réduisant la morbidité due au paludisme chez les femmes enceintes et les enfants ;
- testant des approches de lutte anti-vectorielles dans les villes;
- mettant en place un fonds de roulement chloroquine afin de rendre accessibles les médicaments antipaludiques par un système de recouvrement des coûts.

Le projet a aidé à la mise en place d'un programme de lutte contre le paludisme et à participer aux stratégies d'intervention en dotant en équipements les postes sentinelles (3) et les antennes de surveillance épidémiologique (5). L'appui du projet a aussi permis la conduite d'une étude de chimio-sensibilité à Tillabéri et Gaya, l'élaboration et la vulgarisation d'un schéma thérapeutique, la formation du personnel, la mise en place d'un comité inter-ministériel de lutte contre le Paludisme et la mise en place du fonds de roulement chloroquine. Ce fonds dont l'objectif était de rendre disponible les anti-paludéens à travers l'ONPPC n'a pas atteint les résultats souhaités. C'est ainsi qu'après l'abandon du système de recouvrement des coûts pour le seul médicament, les fonds ont été utilisés pour financer le déficit budgétaire de l'ONPPC.

B.2. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Le programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD) a démarré ses activités en 1984. L'objectif poursuivi est la réduction de la morbidité et de la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. Le projet n'a apporté qu'un appui à ce programme qui bénéficie de l'appui technique et financier de plusieurs partenaires.

L'appui du projet qui n'est d'ailleurs pas négligeable, a permis l'application de certaines stratégies du programme en finançant la supervision, le contrôle des épidémies de cholera, la prise en charge des cas (formation des agents), et l'acquisition d'équipements complémentaires pour la production des SRO au niveau de l'ONPPC.

B.3. Programme Elargi de vaccination

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est une des réponses de l'OMS au défi que représentent les maladies de l'enfance. L'objectif essentiel était de vacciner tous les enfants avant leur premier anniversaire au plus tard en 1990, contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose, la rougeole et toute autre maladie selon la spécificité du pays.

Officiellement lancé en 1987 par le Chef de l'Etat, le démarrage effectif du PEV n'est intervenu qu'en Janvier 1988. En plus des six maladies cibles du PEV OMS, le Niger a retenu la vaccination contre la fièvre jaune et la vaccination anti tétanique des femmes en âge de procréer (15 à 45 ans).

Les objectifs assignés au programme national sont les suivants :

- Améliorer la Santé de la population, notamment celle de la mère et de l'enfant en réduisant les conséquences socio-économiques des maladies cibles du PEV
- Réduire le taux de morbidité et de mortalité dû aux maladies cibles du PEV chez les femmes et les enfants ;
- Prévenir les risques d'éclosion d'épidémie de Fièvre jaune.

L'intervention du projet au niveau du programme concerne l'achat des vaccins, le financement des stratégies (mobiles, avancées et décentralisées), le développement des ressources humaines à la gestion du programme, la mise en place d'un système efficient de collecte d'information, l'amélioration du cadre d'action du programme au niveau des formations sanitaires par la construction de hangars et la réhabilitation de centre de vaccination. L'effort du projet a été appréciable et a permis avec l'appui d'autres partenaires à un moment donné de relever le taux de couverture vaccinale.

B.4. Santé maternelle et Infantile, Planification Familiale et Action Sociale

Face à la proportion élevée des femmes en âge de procréer, des enfants de 0-4 ans et aux taux élevés de mortalité maternelle (7 pour mille) et infantile (123 pour mille), l'Etat a mis un accent particulier sur la nécessité d'augmenter la couverture sanitaire à travers des activités foraines.

En 1987 le programme était localisé à la DAS/PMI. Après la restructuration de 1989 du MSP/AS le programme a été éclaté selon les composantes ci-après :

- Programme de renforcement de la Direction de la Santé Maternelle et Infantile (MSP).
- Programme de renforcement des activités de la Direction des Affaires Sociales (MDS/P/PF).
- Planification familiale (MDS/P/PF).

Les objectifs retenus pour les différentes composantes sont :

- Augmenter la couverture sanitaire à travers les consultations foraines.
- Intensifier et étendre les activités d'EPS.
- Introduire un programme social à partir des centres fixes et des visites à domicile
- Fournir les éléments qui permettent au gouvernement d'intégrer les composantes population et PF dans le cadre de la politique de population, et la PF dans le cadre de la politique déjà existante en SMI.
- Renforcer la capacité du CNSF pour la gestion des programmes SMI/PF.
- Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant en tant qu'individus membres d'une famille et d'une communauté en intégrant les activités de SMI/PF jusqu'aux échelons les plus périphériques.

Dans le cadre de la DAS/PMI le Projet a doté 52 centres de PMI en équipements et permis également la création de centres sociaux et les micro-réalisations notamment l'acquisition de matériels et d'équipements pour les foyers dans le cadre de la promotion de la femme. Le Projet a permis également l'extension de la couverture sanitaire par le biais de la prise en charge des activités foraines. Toutes les activités de collecte et d'analyse des données étaient financées par le Projet.

En matière de Planification Familiale (PF) le Projet a contribué à l'élaboration de la politique nationale de Planification Familiale, et il a participé à l'extension de la couverture PF à travers la formation des Sage-femmes en technique de pose DIU et par l'achat de contraceptifs en vue de compléter le financement USAID, FNUAP, UNICEF et OMS. Une documentation complète sur la PF a été mise à la disposition du programme sauf que cela n'a pas été utilisé bien que le projet ait formé en même temps une documentaliste mise à la disposition du CNSF.

B.5. Programme d'Appui à la Nutrition

Le volet nutrition du projet santé a été élaboré à l'image du programme conjoint d'appui à la nutrition Niger-OMS-UNICEF (PCAN) dont la méthodologie reposait sur l'auto responsabilisation à la base, la participation communautaire, l'approche multisectorielle intégrée de l'appui technique.

Ces principes s'intéressent de façon spécifique à :

- La production alimentaire en vue d'améliorer la disponibilité et la sécurité alimentaire dans les villages par le développement des cultures irriguées ou de contre saison, la production agricole, les banques céréalières et les boutiques coopératives.
- Le développement du petit élevage, l'allégement du travail de la femme.
- Les soins de santé primaires et la surveillance de la croissance à assise communautaire.
- L'appui aux organisations communautaires, et à l'encadrement technique.
- L'approvisionnement en eau potable.

Le volet a comme objectif de :

- Accroître la capacité du pays à faire face aux problèmes que posent l'alimentation, la nutrition, la santé et le développement du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que ceux posés par la situation de la femme.
- Obtenir une amélioration de l'état nutritionnel et une réduction de la mortalité et de la morbidité chez les nourrissons et les jeunes enfants dans les arrondissements cibles du programme.

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition des problèmes financiers ont fait que le Projet n'a pas couvert 50% des villages supposés l'être. Néanmoins le Projet a pu atteindre les premiers villages ciblés de Loga. La composante suivi de la croissance à base communautaire se fait dans tous les villages du programme et est très appréciée des populations. Elle n'a plus à se déplacer toute une journée uniquement pour la pesée des jeunes enfants. Les magasins et les boutiques mis en place continuent de servir de points d'approvisionnement aux populations même après la fermeture du projet. La supervision est assurée par les infirmiers du district de Loga grâce aux motos qui ont été mises en place par le Projet. Du point de vue de la formation le projet a permis la formation de longue durée des nutritionnistes et à financer également des ateliers et des voyages d'Etude.

C- Formation du personnel

La mise en oeuvre de toute politique nécessite des ressources humaines capables d'offrir des prestations efficaces et adaptées aux besoins de la population. C'est pourquoi, l'état Nigérien et en particulier le MSP s'est très tôt engagé à mettre l'accent sur cet aspect, notamment par :

- La création et l'équipement des institutions de formation
- L'intensification de la formation en cours d'emploi et de la spécialisation des cadres.

Le programme est rattaché à la Direction de la Formation et de la gestion du personnel et il a comme objectif de :

- adapter la formation du personnel aux différents programmes de développement sanitaire.
- renforcer le matériel documentaire et didactique en fonction des programmes adoptés.
- recycler les différentes catégories du personnel pendant la durée du projet.
- mettre en oeuvre un programme de spécialisation du personnel.

En matière de formation du personnel le projet a contribué au financement de bourses d'études de séminaires ateliers et de voyages d'études. Si on maîtrise le nombre de bourses octroyés on n'a pas d'information exacte sur le devenir ou la carrière des personnes qui ont été ainsi formées. Pour les séminaires, ateliers et les voyages d'études du fait de la verticalité des programmes aucune centralisation n'a pu être faite afin de permettre une maîtrise du nombre et pouvoir évaluer l'impact. Comme autres réalisations à signaler, le projet a permis la mise en place de la formation des aides anesthésistes et des aides chirurgiens devant aider les médecins chefs de district dans leur travail et cela par la fourniture du matériel didactique et l'appui à la Faculté des Sciences de la santé.

D- Education pour la Santé

L'appui au programme d'Education pour la santé a concerné le renforcement de la coordination, la gestion des actions d'EPS, et l'élaboration d'un projet de programme national d'EPS et sa mise en oeuvre.

Le programme a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en l'amenant à prendre conscience de l'intérêt d'un bon état de santé et des moyens de le préserver par un engagement total aux actions sanitaires en :

- menant des activités d'EPS dans toutes les formations sanitaires.
- demandant la participation de toutes les structures sociales susceptibles de promouvoir les actions sanitaires.
- touchant 100 % des villages en informations sanitaires par le canal des organes d'information (radio).
- mettant à la disposition du bureau des moyens (Equipements, véhicules, matériels...) pour une meilleure formation des groupes cibles.

L'ensemble des activités programmées au titre du projet ont été exécutées notamment l'élaboration d'un programme national d'EPS, l'acquisition de matériels et équipements, la réhabilitation des bureaux de la Division, la construction d'antenne au niveau des départements, et la formation du personnel. C'est un programme qui a bénéficié d'un appui important du projet, néanmoins on note quelques difficultés dans la réalisation actuelle de sa mission.

E- Réfection des bâtiments et Equipement des formations sanitaires

Face aux ressources limitées du secteur sanitaire, l'entretien des infrastructures et leur équipement n'est pas toujours exécuté par le Ministère de la Santé Publique, raison pour laquelle le projet a accepté le financement de la remise en état des Centres médicaux et des dispensaires ruraux sur la base d'un programme d'intervention exécuté par le Ministère de l'Equipement, le Projet Santé et NIGETIP.

Le programme a pour objectif de réhabiliter les formations sanitaires à l'exception des Hôpitaux, de renforcer le plateau technique des formations sanitaires, et de renforcer les structures de maintenance technique (SERPA, SERAM, SERMEX).

C'est ainsi que les activités prévues ont été financées par le projet, notamment la réhabilitation de 271 formations sanitaires, la construction de magasins, l'acquisition de véhicules et d'équipement, la formation du personnel pour la maintenance des équipements.

L'impact des réalisations au titre du programme a été positif sur les activités des agents au niveau des formations sanitaires. L'amélioration du cadre de travail a induit des effets positifs sur les prestations des services et surtout sur la fréquentation par les patients.

Mais il est à signaler que la maintenance des équipements a posé beaucoup des problèmes. Les pièces détachées étaient difficile à prévoir particulièrement due à la mauvaise maîtrise des spécificités techniques et au changement intempestif du parc vieillissant.

F- Gestion du projet

La gestion du projet a été conduite par un bureau qui joue le rôle de direction du projet.

Avec ses objectifs, cités ci-haut, le rôle fondamental du bureau est la coordination des activités des différents programmes, la passation des marchés, la gestion du Personnel et le suivi du système de gestion et d'audit.

Les objectifs spécifiques de la cellule de gestion du projet concernent la mise en oeuvre des plans annuel d'activités des programmes, la coordination des programmations et surtout la meilleure gestion des ressources grâce à la mise en place d'un système de comptabilité.

L'ensemble des activités programmées, sauf une, au titre de la mission attendue du bureau de projet ont été réalisées durant la période d'exécution. Cependant on doit noter que l'objectif de convoquer ou de coordonner les partenaires au développement du secteur n'est pas atteint, car ce rôle ne peut pas être joué par un bureau de projet.

G- Sous-projets

Des activités ont été financées par le projet qui relèvent des recommandations issues des études et aussi les actions pertinentes ayant les mêmes objectifs que le projet dont le financement est intervenu après accord du gouvernement et de la Banque.

Ces appuis sont les suivants :

G.1. Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques : L'appui à l'ONPPC découle des recommandations de l'étude sur "l'extension du système de distribution des médicaments au Niger" réalisée par le CREDES en 1991-1992.

Son objectif était d'aider l'ONPPC à allier sa mission de caractère social avec une gestion de type privé. C'est-à-dire concilier un principe de service d'utilité publique avec un principe d'équilibre financier de la structure en améliorant la gestion, en accroissant les capacités de stockage, de distribution, production, et de contrôle de qualité.

L'appui à l'ONPPC concerne surtout l'amélioration de la gestion, l'accroissement des capacités de stockage, de production, de distribution et de contrôle. Pour ce faire le projet a financé une informatisation de la gestion de l'office, une acquisition de matériel, d'équipements et de logistique, une extension de la couverture pharmaceutique au niveau de la zone rurale, une amélioration des conditions de stockage avec la construction de magasin.

En terme d'appréciation des résultats obtenus, on peut dire que l'ensemble des activités prévues ont été réalisées, mais certaines actions notamment l'audit financier et la construction des magasins ont été réalisées après la date de clôture du projet, soit en octobre 1995.

G.2. Direction des Pharmacies et Laboratoires : Le sous projet a vu le jour dans les mêmes conditions que l'appui à l'ONPPC. Un plan d'action des recommandations issues de l'étude CREDES a été soumis au projet pour financement. L'objectif est de doter la Direction en moyens adéquats pour lui permettre de remplir sa mission (locaux, ressources humaines, matériels informatiques, matériels de bureau, logistique, etc...) de mise en place d'une politique nationale de médicaments, de laboratoires et de recherche en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.

Au titre des activités réalisées par le projet on doit noter l'acquisition des équipements, la logistique, le matériel de bureau, et la documentation. Le projet a également financé les travaux du comité de finalisation du manuel de prescription des Médicaments essentiels génériques, les travaux du comité d'élaboration de la politique pharmaceutique, du plan directeur pharmaceutique et du projet de loi pharmaceutique.

En matière de médicaments ce sont là les éléments indispensables pour le développement du secteur. Actuellement l'étape qui reste à franchir est la mise en oeuvre.

G.3. Centre National Anti-Tuberculeux : Le CNAT a bénéficié d'un appui, suite à une requête du Ministère de la Santé Publique pour l'achat des médicaments anti-tuberculeux. La requête a été exécutée conformément aux besoins exprimés par le centre. Cette commande de médicaments anti-tuberculeux a été faite à travers l'ONPPC, ce qui a permis de les rendre disponible au niveau du programme qui s'est chargé de les distribuer aux départements en tenant compte des besoins.

Le Centre a également bénéficié d'un appui du projet santé pour conduire des missions de supervision sur le terrain.

Ces actions ont permis de réviser le centre et d'éviter la pire car la tuberculose quoiqu'on dit est une maladie des pauvres qui se propage très vite si elle n'est pas prise en charge et le projet a contribué à cela.

G.4. Direction de la Prévention Sanitaire et de l'Assainissement : Dans le cadre de l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement dans les formations sanitaires, la Direction de la Prévention Sanitaire et de l'Assainissement a élaboré un projet de désinsectisation et "désinfection" des dites formations. La requête transmise au projet a été financée pour l'acquisition des produits et matériels. C'est ainsi que les Produits pesticides, les Matériels d'application, les Matériels et équipement de protection, Produits de désinfection, et le transport ont été financés par le projet santé. L'acquisition de ces produits rentre dans le cadre de l'amélioration des conditions d'hygiène des formations sanitaires. A cet effet des actions ont été menées au niveau de tous les services à différent échelon de la pyramide.

G.5. Enquête Jeunesse : Il s'agit d'une étude sur les besoins et aspirations des jeunes au Niger. La requête a été soumise au FNUAP, mais compte tenu des problèmes de restriction budgétaire de l'institution, le gouvernement a négocié son financement auprès de la Banque. Après accord des deux parties, le financement de la requête a vu le jour au niveau du projet Santé IDA.

L'objectif est d'élaborer une politique nationale de la jeunesse favorisant une adéquation entre les objectifs du développement et les contraintes démographiques en entreprenant une étude statistique méthodique sur la situation des jeunes, leurs besoins et aspirations. Cela devrait permettre à la Direction de disposer d'une banque de données sur les besoins et aspirations des jeunes afin d'élaborer un plan d'action pour l'intégration des jeunes dans les activités de développement. Le rapport de l'enquête est disponible depuis Août 1995.

G.6. Recouvrement des Coûts : Un appui en médicaments essentiels génériques a été octroyé au Ministère dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts. Ces médicaments ont été achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF et une partie auprès de l'ONPPC pour couvrir les besoins de consommation annuelle des zones tests de recouvrement des coûts. Ces tests ont été menés de 1993 à 1994, afin de déterminer le système de participation optimale pour couvrir les coûts des médicaments des formations sanitaires. L'expérience a été évaluée en juillet 1994, et le choix du mode de recouvrement à généraliser a été laissé à la discrétion de la population. Une loi pour la généralisation vient d'être adoptée par l'Assemblée Nationale en Juin 1995.

Après l'adoption de cette loi, un processus de généralisation du recouvrement des coûts est en cours, et il concernera dans un premier temps un certain nombre de districts sanitaires qui bénéficient de l'appui financier et technique des partenaires extérieurs.

G.7. Programme MST-SIDA : L'appui au programme SIDA a été exécuté suite à des requêtes du Gouvernement pour le financement d'activités ponctuelles rentrant dans le cadre du renforcement du programme. Ces activités concernent :

- l'achat de deux (2) chaînes ELISA pour l'Hôpital National de Niamey
- l'achat de petits matériels et des tests rapides de diagnostic
- l'enquête épidémiologique sur la séroprévalence organisée à Niamey en Mai-juin 1993.
- l'atelier d'adoption du Programme à Moyen Terme de Deuxième Génération (PMT 2).
- l'achat de médicaments de lutte contre les MST.

L'appui du projet a été modeste, mais cela a permis de se faire une idée de la prévalence du SIDA à Niamey et d'envisager l'avenir à travers le PMT 2.

G.8. Recensement général de la Population : Une requête de financement a été transmise à la Banque Mondiale par le Ministère des Finances et du Plan dans le cadre de la réalisation du recensement général en 1988. La requête ayant été approuvée, et les fonds demandés ont été mis à la disposition du MF.P. Le recensement a été réalisé pendant la période retenue. Les modalités pratiques de gestion de ces fonds n'ont pas été clairement définies, ce qui a entraîné de nombreux errements à l'utilisation.

II. CONCEPTION, EXECUTION, REALISATION ET IMPACT DU PROJET

1. EVALUATION DE LA CONCEPTION DU PROJET

Le projet santé a connu un processus de préparation très long. En effet cinq (5) années se sont écoulées entre la première mission de reconnaissance (mai 1980) et la mission d'évaluation (juin 1985). La date d'entrée en vigueur du projet a coïncidé avec la période de mise en oeuvre des orientations figurant dans le Programme Intérimaire de consolidation.

Dans sa conception on note également que le projet santé n'a pas bénéficié de l'adhésion de la population, ni des agents de santé sur le terrain. L'idée de participation communautaire à la réalisation des activités était totalement absente.

En l'absence de ces philosophies d'intervention, le projet santé a été exécuté sur l'ensemble du pays avec parfois l'appui de la communauté dans les activités de nutrition, et de financement de l'acquisition des médicaments au niveau des formations sanitaires.

A cours de sa mise en oeuvre, le projet a connu quelques difficultés dues à :

- la non précision des seuils de passation des marchés particulièrement les marchés de Génie civil ;
- le rattachement du bureau au cabinet du Ministre ;
- l'octroi de financement aux programmes du Ministère qui exécutent des activités de façon verticale ;
- la création du compte chloroquine avec la disposition demandant un recouvrement des coûts pour le seul médicament.

Malgré tout, les activités se sont déroulées permettant d'atteindre un certain nombre de résultats.

2. PRINCIPAUX RESULTATS DU PROJET

A. En matière d'Infrastructures sanitaires la mission première était de réhabiliter des formations sanitaires, mais compte tenu des insuffisances du Budget d'investissement, des travaux d'achèvement ont été également financés. Les réhabilitations ont concernés : 51 DR, 23 PMI/Maternité, 8 PM, 15 CM, la Division EPS, la construction de 45 hangars du PEV, 8 bureau d'ARIEPS au niveau des DDS, le Magasin du CNSF, le Magasin des Pièces détachées du Garage SERPA, 2 magasins de l'ONPPC, 2 centres de nutrition, 29 latrines, 20 logement du personnel, et la clôture de 12 formations sanitaires.

B. Pour les Mobiliers, Equipements, Pièces détachées et logistiques : des appels d'offres internationaux et locaux ont été lancés pour l'acquisition de ces biens, et aussi l'achat de fournitures de bureaux pour toutes les structures du MSP. Un important parc de 77 véhicules et 114 mobylettes a été constitué grâce au financement du projet. Il y a lieu de noter que parmi les véhicules et motos achetés au début du projet, beaucoup sont en pannes ou reformés.

Cette dotation en logistique aux différents programmes et services, a permis entre autre la réalisation de plusieurs missions de supervision, d'activités foraines, des stratégies de vaccinations et les visites à domicile. Mais le problème de la maintenance reste néanmoins posé parce que beaucoup de pièces détachées achetées par Appel d'offre n'ont pas servi parce que du temps de la panne correspondante à la préparation du dossier d'Appel d'offre, beaucoup de véhicules ont été reformés. Du coup ce sont des pièces qui deviennent obsolete à leur acquisition. Donc c'est vrai que ce volet a un impact positif mais il faudrait revoir ses aspects dans un cadre futuriste.

C. Le programme de Formation du Ministère de la Santé Publique était largement soutenu par le projet à travers des formations de longue durée (spécialisation), des formations continues (Séminaires-ateliers) ou des stages de courte durée. Près de 119 cadres de la Santé, toute spécialisation confondue ont été formés par le projet. Dans le cadre des stages et des formations continues, plus de 133 ateliers, et séminaires ont été financés par le projet. Un appui en équipements, matériels didactiques a été octroyé aux institutions de formation (ENSP de Niamey et Zinder, FSS). Certaines classes de l'ENSP de Zinder ont été également réhabilitées par le projet.

D. Pour les Médicaments, l'apport du projet n'est pas négligeable. En effet le projet a financé les médicaments essentiels génériques pour les tests pilotes de recouvrement des coûts, les médicaments pour les programmes de santé. Il a également financé l'achat de vaccins et de contraceptif du fait de la diminution de l'apport de certains partenaires dans le domaine (UNICEF, FNUAP). On doit également noter que dans ce domaine le projet a investi des fonds pour permettre non seulement la distribution du médicament, mais aussi sa production, sa gestion et sa disponibilité

dans le pays. Cette situation a permis sans nul doute de réfléchir en toute quiétude au devenir du médicament au Niger. L'appui du projet a surtout atténué les problèmes de trésorerie de l'office et a permis de poursuivre les réflexions sur l'avenir de l'ONPPC.

E. Dans le domaine des réformes, les études réalisées ont recommandé :

- la création de deux directions, la DEP et la DPHL ;
- la définition d'un système de distribution des médicaments au niveau de l'ONPPC,
- la révision de la tarification hospitalière (actuellement en cours d'adoption par le Gouvernement) ;
- la transformation des Hôpitaux nationaux et des Ecoles de formation en EPA,
- la détermination des avantages et inconvénients des modes de recouvrement des coûts des soins de santé dans le secteur non-hospitalier.

Ainsi la réalisation des études a permis le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé Publique et surtout de déterminer les forces et faiblesses de la pyramide sanitaire en vue d'une action à travers un plan quinquennal. Ces études ont également abouti à la réforme du secteur hospitalier et à la réglementation de la participation financière des populations aux actions de santé.

Actuellement nous avons abouti à une démarche assez cohérente qui centralise les actions de santé autour de la décentralisation des services de santé, de la réforme du secteur du médicament et des problèmes d'autonomie de gestion. Ces réflexions se poursuivent bien que nous voulions essayer une première mise en oeuvre dans le cadre du prochain projet pour capitaliser toutes ses réflexions.

3. COORDINATION ET GESTION DU PROJET

Le coordinateur du projet a eu pour responsabilité de diriger le personnel du projet, de planifier et superviser les activités, coordonner l'approbation des plans d'actions et rapports, prendre des dispositions pour le lancement des Appel d'offres, l'analyse et l'adjudication des marchés, et assurer un contrôle de gestion efficace du projet.

Les relations du coordinateur du projet se situent à plusieurs niveaux :

- Ministère de la Santé Publique : il s'agit de coordonner, de superviser, de préparer les marchés et les plans d'action de mise en oeuvre.
- Ministère des Finances et du Plan, compte tenu de sa position, de représentant du Niger auprès de la Banque, et de son rôle d'ordonnateur délégué, il vérifie et signe les demandes de paiement, et procède également à la programmation des fonds de contrepartie. Le Trésor pour sa part procède au versement des fonds de contrepartie et quant au Contrôle Financier, il appui le projet dans l'analyse et la signature des marchés.
- Ministère de l'Equipeement et de l'Habitat, la relation consiste à assister le projet dans l'analyse et le suivi des marchés de construction d'infrastructure sanitaire.
- Ministère de la Communication pour la diffusion des spots et messages de sensibilisation.

Ces différentes relations ont permis au projet de déceler parfois des points de blocage et de trouver une solution de concert avec les différents intervenants.

Le bureau du projet a joué un rôle de coordination, principalement par l'organisation des réunions de coordination avec les coordonnateurs pour la revue et la préparation des plans de mise en oeuvre et la préparation des missions de supervision de la Banque Mondiale. Réunions élargies au cabinet du MSP pour l'approbation préliminaire des plans d'action.

Pour la coordination des Bailleurs de Fonds, il n'a jamais été organisée par le projet du fait qu'elle ne relève pas de ses attributions. Néanmoins, le bureau du projet participe aux réunions de coordination organisées autour des programmes financés conjointement avec les autres partenaires.

4. IMPACT DU PROJET SUR LE SYSTEME DE SANTE

L'impact du projet sur le système de santé devrait se sentir à travers les indicateurs de santé. Mais on peut constater que malgré les efforts fournis par le projet, beaucoup reste à faire pour atteindre l'objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000. C'est ainsi qu'on peut noter dans le domaine des réformes, l'appui du projet a conduit le Ministère à mettre en oeuvre son programme d'ajustement et d'améliorer sa politique. C'est ainsi que les Hôpitaux et les Ecoles de formation de base ont été dotés d'une autonomie de gestion. Le secteur non hospitalier a été doté d'une réglementation en matière de participation financière des bénéficiaires à la prise en charge de leur santé. Pour la DEP et la DPHL qui ont vu le jour, les capacités de planification, de programmation des investissements, de définition de politique pharmaceutique et de réglementation pharmaceutique ont été renforcées au niveau du Ministère de la Santé Publique.

En ce qui concerne les programmes, le projet a permis l'amélioration des conditions de travail dans les formations sanitaires (qualité et quantité), la disponibilité des services, l'accroissement de la couverture sanitaire à travers les consultations foraines, la mise en place des équipes d'Education pour la Santé avec des moyens conséquents, la disponibilité des médicaments, et l'amélioration de la supervision à tous les niveaux. Néanmoins certains objectifs fixés par le projet n'ont pas été atteints notamment en matière de vaccination.

Les résultats enregistrés sur le système de santé ne doivent pas être imputés à l'effort du seul projet santé, on doit également voir l'effort consenti par les autres partenaires au développement du secteur sanitaire notamment l'USAID, l'UNICEF, le FED, le FAC, la SNV, etc....

III. ANALYSE CRITIQUE DE L'ACTION DE LA BANQUE, DU GOUVERNEMENT ET DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE

1. APPRECIATION DE L'ACTION DE LA BANQUE MONDIALE

A. Les principales décisions qui ont favorisé l'exécution du projet sont entre autres :

- l'amendement de l'accord de crédit qui est intervenu le 17 décembre 1993 afin de permettre le financement à 100% des charges de fonctionnement du projet ;
- la négociation des fonds néerlandais pour le remboursement des fonds de contrepartie et des fonds gelés au niveau de la BDRN pendant une période où le Niger connaît des graves tensions de trésorerie.

Ces deux situations ont favorisé la réalisation de certaines activités.

- l'acceptation des deux (2) prolongations du projet en 1993 et en 1994 afin de permettre d'exécuter les activités prévues et surtout de pouvoir utiliser le reliquat du crédit ;

- la disponibilité de la mission résidente qui a favorisé l'accélération du traitement de certains dossiers.

B. Les décisions qui ont freiné l'exécution du projet sont :

- le niveau élevé de la contrepartie a versé par le Niger eu égard à la situation financière du pays qui a entraîné le gel du compte spécial par la Banque dû fait du financement des activités non éligibles sur ce compte, cela sur une période d'un (1) an ;
- la non prise par la Banque de décisions fermes pour l'application des recommandations contenues dans les aides mémoires des missions de supervision, d'où la non prise de décision par la partie nigérienne ;
- la lenteur des réponses du Bureau de décaissement qui tardent à venir et certains télex qui n'ont jamais eu de réponse ;
- le changement d'équipe de supervision "Task manager" a constitué également un frein à la poursuite de certaines activités programmées.

2. APPRECIATION DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT

A. Les décisions qui ont favorisé l'exécution du projet au niveau du Gouvernement peuvent être listées de la façon suivante :

- les efforts de paiement des fonds de contrepartie, le remboursement des factures litigieuses non éligibles et des fonds non justifiés et décelés par l'Inspection des finances.
- le changement du responsable, coordinateur du projet et du comptable a accéléré l'exécution des activités du projet;
- le recrutement du conseiller en gestion et du conseiller en Génie Civil ;
- l'élaboration à partir de 1992 d'un plan de passation des marchés, ce qui a permis l'amélioration des démarches dans la préparation et le lancement des Appels d'offres pour la fourniture des médicaments, mobiliers de bureau, fournitures de bureau, équipements médicaux et logistiques
- l'initiative du gouvernement concernant l'utilisation du reliquat des fonds de contrepartie pour la réhabilitation des magasins de l'ONPPC pour le stockage des médicaments essentiels génériques, l'achat de vaccins contre la méningite ;

B. Pour les décisions qui ont freiné l'exécution du projet, nous pouvons citer comme exemple:

- le changement intempestif des coordonnateurs des programmes financés par le projet. Certains coordonnateurs sont changé tous les ans ;
- l'absence de fonds de contrepartie qui a freiné le déroulement de certaines activités ;
- la non exploitation du rapport d'évaluation à mi-parcours réalisé par le gouvernement ;

- la succession des Ministres de la Santé suite aux différents changements du gouvernement intervenus dans la période. Le projet en a connu 8 et chacun en ce qui le concerne à essayer d'imprimer sa démarche à l'exécution du projet ;
- la non application et parfois dans les délais, des recommandations formulées par les missions de supervision.
- l'insuffisance du suivi des travaux de construction et de réhabilitation par le Ministère de l'Équipement.
- l'exigence de l'ORTN du paiement de la diffusion des spots de sensibilisation au même tarif que celui applicable aux publicités.

3. EVALUATION DE L'EFFICACITE ET DE LA QUALITE DES RELATIONS ENTRE LA BANQUE ET LE GOUVERNEMENT

Pour l'efficacité des relations entre les deux parties, il y a lieu de noter qu'elles étaient de bonne qualité car le projet a eu à financer des requêtes du gouvernement qui ne figurent pas dans les programmes. Il s'agit notamment des activités de lutte contre les MST-SIDA, les médicaments anti-tuberculeux, l'enquête jeunesse, et le recensement général de la Population.

Le projet a eu à pallier à certaines insuffisances de financement des autres partenaires (Externes et Internes) dans les domaines des contraceptifs, des bourses de formation, des vaccins et certaines constructions de formation sanitaire.

Les points qui ont terni à une certaine période l'image de cette collaboration fructueuse étaient la mauvaise gestion du projet qui a été mentionnée plus d'une fois dans les aides mémoires, mais pour laquelle la réaction du gouvernement n'est intervenue que tardivement; et l'absence d'analyse critique de l'évaluation à mi-parcours.

4. EVALUATION DES PERFORMANCES DES DIFFERENTES INSTITUTIONS, BUREAUX D'ETUDES ET CONSULTANTS

Dans ce domaine les actions de soutien aux activités du projet ont été d'efficacité moindre du fait que :

- l'assistance technique ne répondait pas toujours aux compétences requises. Cette insuffisance de compétence se retrouve parfois dans la non précision des missions attendues de l'Assistant dans les termes de référence. C'est ainsi que le projet a recruté pour les deux (2) premières années d'activités un assistant technique qui s'est chargé uniquement de la planification alors qu'il devait aider à la gestion du projet. Après son départ en 1989, ce n'est qu'en 1993 qu'un conseiller en gestion et un autre en génie civil ont été recrutés par le projet ;
- l'insuffisance de la compétence des cabinets d'études locaux : Cabinets choisis pour aider le Ministère de la Santé Publique à élaborer des études régionales de santé et une politique en matière de nutrition. Ces cabinets n'ont pas été à la hauteur des résultats attendus ;
- la non satisfaction dans les délais des prestations des institutions et agences d'exécution (UNICEF, FNUAP, NIGETIP).
* Avec l'UNICEF, le projet a signé en 1993 un contrat d'acquisition de matériel de chaîne de froid et de vaccination. Ce contrat ne s'est pas déroulé comme convenu dans le temps imparti. Certains équipements n'ont été livrés qu'en 1995.

* Pour le FNUAP il s'agit d'un contrat de fourniture de contraceptif dont les quantités commandées n'ont pas été livrées en totalité.

* L'utilisation de NIGETIP comme agence d'exécution des travaux de génie civil ne s'est pas déroulée comme souhaiter. On note une insuffisance dans le suivi des travaux et un retard dans la réception des travaux.

IV. EVALUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DU PROJET

1. COUT TOTAL DU PROJET

A. L'accord de crédit signé le 14 avril 1986 prévoyait un financement de l'IDA à concurrence de 25,1 millions de DTS soit (10.714.396.000 fcfa) et la contrepartie nigérienne s'élève à 1,3 millions de DTS soit 1,5 millions de dollars US. Le coût total de base du projet était de 26,4 millions de DTS soit 29,3 millions de dollars US. Le remboursement du prêt par la partie nigérienne se fera par semestre à partir du 15 mai 1996 pendant 40 ans.

Le coût de base est de 9,27 milliards de fcfa. Au cours de l'exécution du projet, certaines composantes ont été plus importantes que d'autres et les montants alloués pour certaines composantes ont connu un rythme de consommation lent. Ce qui a non seulement entraîné une nouvelle réaffectation des fonds à partir de 1993, mais aussi une prolongation de la durée du projet de juin 1993 à juin 1995.

B. La contrepartie initialement prévue dans le projet a été estimée à 577,5 millions de FCfa en 1986. Au cours de l'exécution du projet, des entorses ont été décelées, ayant conduit au remboursement par l'Etat des dépenses non éligibles et des fonds détournés par la structure de gestion.

Malgré la situation financière du pays, et aussi de la contribution de certains partenaires (Néerlandais) des efforts de paiement ont été fait par l'Etat nigérien pour financer les réalisation des fonds de contrepartie à concurrence de 997,180 millions de fcfa au lieu de 577,5 millions de fcfa.

2. COUTS RECURRENENTS ENGENDRES

L'intervention du projet a porté sur plusieurs domaines et a permis le renforcement des programmes et des directions du Ministère de la Santé. Pour les différents coûts engendrés par le projet, les commentaires suivants peuvent être faits :

- Infrastructures : Dans ce domaine le projet a engendré très peu de coûts récurrents, car les activités financées concernent uniquement la réhabilitation des formations sanitaires existantes et la finition des chantiers en cours.
- Logistiques : Près de 82 véhicules ont été achetés et mis à la disposition du MSP à travers les programmes dont l'ONPPC a bénéficié de 5 véhicules. Actuellement plusieurs de ces véhicules sont réformés ou enlevés par les rebelles principalement dans les départements de Tahoua, Agadez et Tillabéri.
- Matériels techniques : la prise en charge des coûts d'entretien de tous les matériels mis au niveau des formations sanitaires de base et des hôpitaux est faite sur le budget de fonctionnement de l'Etat et des établissements disposant d'une autonomie de gestion (EPA, EPIC).
- Formation : les agents formés sont pour la plus part des fonctionnaires et bénéficient d'une légère augmentation de salaire à leur retour.

Le projet n'a pas engendré des coûts récurrents élevés, mais il s'est trouvé dans une situation de substitution, car il a pris en charge des dépenses que le budget de fonctionnement n'était pas à mesure de financer à cause des problèmes de trésorerie que connaît l'Etat (Fournitures de bureau, Carburant...).

V. PERSPECTIVES POUR UN NOUVEAU PROJET

1. Pour une meilleure coordination et une intégration du projet nous recommandons:

- le rattachement du bureau du projet à la DEP,
- la création d'un comité technique de suivi qui pourrait être composé du Responsable du bureau du projet ou son Représentant, des Directeurs centraux (ou leurs Représentants), les directeurs départementaux de la santé, concernés par les actions du projet.

2. Pour la formation du personnel, une meilleure programmation, et une gestion efficace avec un fichier à jour, permettront de mieux connaître l'effectif ayant bénéficié de la formation et les lieux d'affectation pour un meilleur suivi de la carrière après spécialisation.

3. Pour les supervisions, étant donné le changement intervenu dans la politique (intégration des activités) une politique de supervision comprenant la grille, la période devrait être élaborée par niveau. La mise en oeuvre du programme de supervision ne doit pas être vue comme du fonctionnement, mais comme de l'investissement car c'est le suivi des réformes qui déterminera la réussite des programmes d'action.

4. Pour l'acquisition des matériels, équipements et pièces détachées par Appel d'offres il faudrait préciser les spécifications techniques et surtout exécuter les marchés dans les délais afin d'éviter la constitution de stock de pièces détachées obsolètes. Aussi pour des pièces non standards, il serait beaucoup plus indiquer de donner la possibilité aux structures de commander directement au niveau des fournisseurs locaux.

5. Pour les contrats d'Assistance technique, de prestation de services et d'acquisition de biens à travers certaines institutions (FNUAP, UNICEF, NIGETIP....), le bureau de projet doit s'assurer de la disponibilité de ces dernières à exécuter et suivre dans les délais les contrats.

6. Dans le cadre de la gestion du projet, un fichier des immobilisations devrait être mis en place à tous les niveaux. Et un suivi de la gestion des biens achetés devrait être mené par le bureau du projet de façon régulière.

7. Pour une nouvelle phase du projet, d'autres réformes structurelles devront être envisagées afin de privilégier la mise en oeuvre effective de la politique sanitaire actuelle qui prône l'approche décentralisée tout en garantissant un appui aux trois niveaux de la pyramide sanitaire : District, Intermédiaire, Central.

Ce qui nécessitera :

- la sensibilisation de la population ;
- la mise en place effective des équipes cadres de districts et des structures complémentaires,
- la mise en place des organes de participation communautaire,
- la réalisation d'une étude sur la Gestion des ressources financières et humaines ;
- la prise en compte des problèmes nutritionnels au niveau communautaire.

8. Aussi il est souhaitable de :

- définir au préalable et d'une façon claire et précise les missions du bureau du projet en tenant compte du contexte socio-économique du moment, de l'ampleur du projet et de la nature des activités à financer ;
- mettre en place une équipe compétente et suffisante avec des attributions claires pour chacun des membres de l'équipe ;
- négocier correctement les accords de crédits afin d'éviter les erreurs qui constitueront des facteurs de blocage dans l'exécution du projet;
- envisager tous les scénarios d'exécution des projets afin de pouvoir réduire la part financière qui doit revenir au pays à une participation symbolique dans la mise en oeuvre.

VI. CONCLUSION

Le projet santé a réalisé des performances remarquables au niveau du système de santé et ce malgré les énormes difficultés vécues au cours de sa mise en oeuvre. Il a notamment permis de mettre à la disposition des populations des services de santé de qualité.

Des leçons ont été tirées au cours de son exécution, ce qui a conduit le Ministère de la Santé Publique à définir une nouvelle politique de développement en se basant sur le développement du district. Les interventions futures dans le secteur santé commenceront par la base afin de les rendre autonome dans le cadre de la décentralisation des services de santé. Ces interventions se feront de concert avec la participation des communautés.

VII. ANNEXES

- Annexe N° 1 : Rapport d'évaluation finale - Interne
- Annexe N° 2 : Rapport d'évaluation finale - Externe : élaboré par le Cabinet Sekou et Associés.

Document de

LA BANQUE MONDIALE

POUR USAGE OFFICIEL

RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION

NIGER

PROJET DE SANTÉ
(Crédit 1668-NIR)

19 mars 1996

Division population et ressources humaines
Département Afrique du Centre-Ouest
Région Afrique

TAUX DE CHANGE

(Juin 1995)

Unité monétaire = franc CFA (FCFA)

Le franc CFA est rattaché au franc français (FF) au taux de FF 1 pour FCFA 100, suite à la dévaluation du franc CFA intervenue le 12 janvier 1994. Ce taux était précédemment de FF 1 pour FCFA 50. Le franc français est actuellement une monnaie flottante.

1 dollar	=	500 francs CFA
1 million de francs CFA	=	2. 000 dollars
1 DTS	=	1,496 dollar

POIDS ET MESURES

Système métrique

EXERCICE BUDGÉTAIRE DE L'EMPRUNTEUR

1^{er} octobre - 30 septembre

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ARIEP	Antennes régionales de l'éducation pour la santé
BDRN	Banque de développement de la République du Niger
BP	Bureau du projet
CNAT	Centre national antituberculeux
DEP	Direction des études et de la programmation
DPhL	Direction des pharmacies et laboratoires
DTS	Droits de tirage spéciaux
EPS	Éducation pour la santé
FAC	Fonds d'aide et de coopération
FED	Fonds européen de développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
MP	Ministère du Plan
MSP	Ministère de la santé publique
MSPAS	Ministère de la santé publique et des affaires sociales
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPPC	Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
RFE	Rapport de fin d'exécution
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

**RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION
NIGER
PROJET DE SANTÉ
(Crédit 1668-NIR)**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION.....	i
------------------------------------	----------

PREMIÈRE PARTIE : ÉVALUATION DE L'EXÉCUTION DU PROJET	1
--	----------

A. INTRODUCTION	1
------------------------------	----------

1. Cadre macroéconomique.....	1
2. Rôle de la Banque dans le secteur.....	2

B. OBJECTIFS DU PROJET	2
-------------------------------------	----------

1. Objectifs initiaux.....	2
2. Description et composantes du projet.....	2
3. Clauses du crédit et accords spéciaux.....	2
4. Évaluation des objectifs	3

C. EXPÉRIENCE ET RÉSULTATS DE L'EXÉCUTION.....	4
---	----------

1. Évaluation du succès et de la viabilité à long terme du projet.....	4
2. Résumé des coûts	7
3. Modalités de financement	7
4. Calendrier d'exécution.....	7
5. Analyse des principaux facteurs ayant affecté l'exécution.....	8
6. Évaluation des performances de la Banque et de l'Emprunteur	9
7. Évaluation des résultats du projet	10

D. RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS, OPÉRATIONS FUTURES ET GRANDS ENSEIGNEMENTS.....	11
---	-----------

1. Conclusions de l'exécution du projet.....	11
2. Opérations futures et viabilité à long terme.....	12
3. Leçons à tirer pour de futurs projets dans le secteur au Niger.....	13

DEUXIÈME PARTIE : DONNÉES STATISTIQUES.....	15
--	-----------

ANNEXES :

A. Aide-mémoire de la mission	
B. Contribution de l'Emprunteur au RFE	
C. Carte BIRD 19460R	

RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION
RÉPUBLIQUE DU NIGER
PROJET DE SANTÉ
(Crédit 1668-NIR)

Préface

Le présent document constitue le Rapport de fin d'exécution (RFE) du Projet de santé du Niger, pour lequel un crédit d'un montant de 25,1 millions de DTS (Crédit 1668-NIR), représentant la contre-valeur de 27,8 millions de dollars, a été approuvé le 20 mars 1986. Le Crédit est entré en vigueur le 3 novembre 1986. Plusieurs raisons, notamment la dévaluation intervenue en janvier 1994, qui a eu des répercussions sur plusieurs composantes, expliquent que la clôture du projet soit intervenue 24 mois après la date initialement prévue, soit le 30 juin 1995 au lieu du 30 juin 1993. Sur les 25,1 millions de DTS du montant total négocié du crédit, 24,8 millions (soit l'équivalent de 37,1 millions de dollars) ont été décaissés, et 0,32 million de DTS ont été annulés, dont 0,3 million pour cause d'irrégularité dans la passation des marchés, et 0,02 million parce qu'ils n'avaient pas été utilisés à la date de clôture.

Le RFE a été préparé par une équipe dirigée par Mme Denise Vaillancourt (Chef de projet, AF4PH) de la Région Afrique, qui comprenait plusieurs membres de la mission d'achèvement : Mme Johanne Angers (analyste opérations, AF4PH), Mme Regina Amadi (consultante) et M. Aboubacar Magassouba (consultant). Il a été revu par MM. I. Porter, Chef de division (AF4PH) et F. Kaps, conseiller opérations (AF4DR). L'Emprunteur a soumis, au titre de sa contribution au RFE, un projet de rapport en date du 11 septembre 1995, et a accepté le RFE dans une lettre en date du [DATE]. Ces deux documents sont fournis en annexe.

La préparation de ce RFE a commencé pendant la mission d'achèvement de la Banque, qui s'est déroulée en juin-juillet 1995. Ce document a été établi à partir du Rapport d'évaluation, de l'Accord de crédit de développement, des rapports d'avancement de l'Emprunteur, des rapports de supervision de la Banque, de la correspondance entre la Banque et l'Emprunteur, des écritures correspondantes, des séminaires avec les diverses parties prenantes et les bénéficiaires, et des entretiens qui ont eu lieu avec de hauts responsables gouvernementaux, les parties prenantes et le personnel de la Banque. L'Emprunteur a contribué à la préparation du RFE en faisant part des idées exposées dans l'aide-mémoire de la mission, en organisant et en appuyant une série d'évaluations sur les différents stades de la préparation et de l'exécution du projet, qui reflétaient des points de vues très divers, notamment ceux des communautés, des prestataires de services, du personnel technique et de gestion du Ministère de la santé au niveau de l'administration centrale et des départements, des syndicats, et d'un évaluateur indépendant. Lors de la mission d'achèvement de la Banque, le Gouvernement a par ailleurs organisé un séminaire d'évaluation au cours duquel ces divers points de vues ont été présentés et discutés. En outre, le Gouvernement a examiné la version provisoire du RFE et formulé des observations sur son contenu.

RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION
RÉPUBLIQUE DU NIGER
PROJET DE SANTÉ
(Crédit 1668-NIR)

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

1. **Rôle de la Banque dans le pays et dans le secteur.** Le Niger est un grand pays enclavé, qui est parmi les plus pauvres du monde et dont les indicateurs sociaux sont parmi les plus bas de la région du Sahel. La population, qui compte approximativement 50 % de jeunes de moins de 15 ans et croît au rythme de 3,3 % par an environ, avait, en 1994, un effectif d'environ 8,7 millions d'habitants. L'agriculture de subsistance a de tout temps dominé l'économie, l'élevage constituant une autre source importante de revenu et de recettes d'exportation. Pendant le boom de l'uranium de la fin des années 70, le Niger a connu une période de croissance rapide durant laquelle le secteur public a joué un grand rôle dans l'économie. En 1981, l'effondrement des prix de l'uranium a entraîné un ralentissement de la production. Le creusement du déficit budgétaire et du déficit extérieur ainsi que l'accroissement des dépenses publiques ont encore accentué le marasme économique. Les mauvaises politiques économiques conduites par le Gouvernement pendant la période de prospérité ont eu pour effet d'introduire des dysfonctionnements structurels. Les difficultés de financement résultant de la politique dépensière menée pendant la période du boom de l'uranium ont mis en relief la nécessité de s'attaquer de toute urgence aux problèmes structurels de l'économie. Avec l'aide de la Banque mondiale, le Gouvernement a préparé en 1986 un programme d'ajustement structurel visant à rétablir la croissance et à la maintenir à un niveau minimum acceptable, à plus ou moins long terme. Ce programme prévoyait notamment des mesures destinées à accroître l'efficacité des investissements, à améliorer l'affectation des ressources et à mettre en valeur la base de ressources du pays (par. 1.1-1.2).

2. Le Projet de santé (Crédit 1668-NIR), qui a marqué le début de l'intervention de la Banque dans le secteur de la santé du Niger, a été conçu pour aider le Gouvernement à atteindre ses objectifs d'ajustement structurel au niveau sectoriel, à savoir : a) employer plus efficacement les ressources; b) mobiliser les ressources grâce au recouvrement des coûts; et c) réformer l'action des pouvoirs publics pour réaliser des gains d'efficience et d'efficacité dans l'ensemble du secteur de la santé. Avant que ce crédit n'entre en vigueur le 3 novembre 1986, 28 crédits de l'IDA avaient été approuvés en faveur du Niger, pour un montant total équivalant à 343,7 millions de dollars, dont un crédit à l'ajustement structurel d'un montant équivalant à 60 millions de dollars (par. 1.3).

3. **Objectif du projet.** Le projet avait pour objet d'aider l'Emprunteur à se doter d'un secteur de la santé publique plus performant, notamment : a) en adoptant de bons outils de planification des investissements et de recouvrement des coûts; b) en élaborant et en appliquant des politiques de population, de nutrition, de soins de santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies transmissibles, notamment le paludisme et les

maladies diarrhéiques; et c) en mettant en oeuvre des programmes de formation à l'intention du personnel de santé (par. 2.1).

4. **Description et composantes du projet.** La Partie A du projet appuyait l'ajustement du secteur de la santé en finançant : a) des études visant à renforcer la gestion financière et opérationnelle, à améliorer le recouvrement des coûts, les services sanitaires de base et l'offre de médicaments essentiels, et à formuler des politiques de population et de nutrition; et b) des propositions pour la mise en oeuvre des politiques élaborées sur la base des études susmentionnées ou de l'expérience opérationnelle. La Partie B appuyait l'amélioration des services de santé de base et de planification familiale par le biais d'activités destinées à : a) améliorer les installations et renforcer les programmes prioritaires; b) promouvoir l'éducation de base et les initiatives communautaires dans les domaines de la santé et de la nutrition; et c) améliorer les qualifications du personnel de santé (par. 2.2).

5. **Clauses du crédit et accords spéciaux.** Des clauses ou accords spéciaux étaient prévus pour faciliter la réalisation des objectifs du projet (Tableau 10). Plusieurs conditions étaient mises à l'entrée en vigueur du crédit : a) ouverture, par l'intermédiaire de l'ONPPC, d'un compte auprès d'une banque commerciale pour alimenter un fonds renouvelable destiné à financer le réapprovisionnement en chloroquine du programme de lutte contre le paludisme; b) constitution d'un Bureau du projet doté d'un personnel suffisant et mise en place d'un système de comptabilité du projet; et c) ouverture d'un compte spécial en monnaie nationale, et dépôt sur ce compte d'un montant initial de 30 millions de francs CFA. Toutes ces conditions ont été satisfaites, et le projet est entré en vigueur le 3 novembre 1986. Les décaissements étaient subordonnés à plusieurs conditions : a) les décaissements au titre de l'exécution des activités proposées, sur la base des résultats de l'étude ou de l'expérience opérationnelle tirée du projet, étaient subordonnés à l'approbation par l'IDA des plans d'action préparés par le Gouvernement en collaboration avec l'IDA et fondés sur une étude de faisabilité; et b) les décaissements pour l'achat de vaccins étaient subordonnés à l'approbation par l'IDA des objectifs de couverture proposés pour la campagne de vaccination de l'année suivante (par. 2.3).

6. **Changements convenus.** En avril 1994, compte tenu du faible montant du solde du crédit, il a été convenu de transférer certaines activités qui devaient initialement être exécutées dans le cadre du Projet de santé vers le Projet de population alors en cours (Cr. 2630-NIR), à savoir : a) le programme de nutrition qui, concrètement, prévoyait de former des professionnels de la santé et d'organiser des campagnes d'alphabétisation et de diffusion de la politique nationale; b) le programme d'éducation sanitaire; c) le programme d'appui au développement social; d) le PEV et le programme de mobilisation sociale; e) le programme de santé maternelle et infantile; et f) le programme de planification familiale. Cinq des six études prévues au titre de la Partie A du projet ont été finalement financées par un don de l'USAID au secteur de la santé, tout en continuant de faire partie intégrante des activités du projet. Contrairement à ce qui avait été prévu au départ, c'est le Ministère de la santé publique et des affaires sociales et non le Ministère

du Plan qui a été chargé de conduire et d'exécuter les études sur les politiques. Un certain nombre d'autres activités du programme ont été finalement prises en charge par le projet, notamment les activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA, l'achat de médicaments antituberculeux, une étude sur les jeunes et le recensement de la population. La date de clôture du projet a été reportée une première fois à 1993, et une seconde fois à 1994 (par. 2.4).

7. **Amendements.** À la demande du Gouvernement, deux amendements ont été apportés en octobre 1987 à l'Accord de crédit de développement pour aider à financer le recensement. Un montant équivalant à 750 millions de francs CFA a été débloqué en deux tranches déposées au compte spécial (Compte spécial B) géré par le Ministère du Plan. Un autre amendement a été apporté en décembre 1993 pour autoriser le financement à 100 % des coûts de fonctionnement du BP par l'IDA (par. 2.5).

8. **Évaluation de l'objectif du projet.** L'objectif du projet s'inscrivait dans le droit fil de la stratégie de relance et de développement économique du Niger, laquelle reposait sur l'adoption d'un programme d'ajustement structurel et répondait au souci de remédier aux problèmes prioritaires du pays dans le domaine de la santé. Il n'en était pas moins ambitieux, en ce sens qu'il prévoyait des interventions simultanées à tous les niveaux du secteur de la santé (politique, conception et prestation de services, amélioration des qualifications du personnel, infrastructure, etc.) dans un pays doté de moyens institutionnels et gestionnels très modestes et dans lequel la Banque n'avait que peu d'expérience opérationnelle, voire aucune expérience du tout (Tableau 2). Le projet (en particulier la Partie A) a été, en revanche, conçu de manière suffisamment souple pour permettre l'application immédiate des enseignements tirés (par. 2.6).

EXPÉRIENCE ET RÉSULTATS DE L'EXÉCUTION

9. **Évaluation du succès et de la viabilité du projet.** L'objectif qui était d'aider le Gouvernement à insérer la réforme du secteur de la santé dans le cadre global de son programme d'ajustement structurel a été en grande partie atteint. Des études visant à améliorer la politique sectorielle ont été réalisées et ont permis de formuler et de mettre en oeuvre certaines réformes clés; c'est ainsi que les hôpitaux se sont vu accorder une plus grande autonomie financière et gestionnelle, et que le processus d'amélioration des mécanismes de mobilisation des ressources et de gestion hospitalière a été accéléré; qu'un texte de loi sur le recouvrement des coûts du secteur non hospitalier a été adopté en juin 1995; que les communautés ont été plus étroitement associées au financement et à la gestion des services de santé; et qu'un plan sectoriel s'inspirant de l'approche sanitaire de district (décentralisée) a été élaboré. La plupart des autres objectifs du programme ont été en grande partie atteints. Les investissements réalisés dans le cadre du projet pour améliorer les qualifications techniques des prestataires de services et renforcer l'infrastructure de certaines installations sanitaires ont contribué à améliorer la qualité et la couverture des services de santé de base. En outre, un certain nombre de programmes et de services prioritaires de santé ont été renforcés grâce à l'amélioration de la gestion

stratégique et aux efforts faits pour appuyer directement les activités d'exécution. En revanche, les objectifs en matière de couverture de vaccination et de formation n'ont pas été entièrement atteints (par. 3.1-3.4).

10. Tout porte à croire que les actions menées dans le cadre du projet seront viables, non seulement parce que le projet a permis de renforcer les capacités de gestion, mais aussi parce qu'il a montré l'existence d'un potentiel de mobilisation des ressources par le recouvrement des coûts. Ce que l'on a appris de la conception et de la réalisation d'études et de travaux de recherche opérationnelle, ainsi que de l'élaboration et de la mise en oeuvre des réformes de politique en résultant, a contribué à améliorer considérablement la capacité de gestion stratégique du Ministère de la santé. Les capacités ont aussi été renforcées par l'effort de formation à long terme consenti dans le cadre du projet en matière de planification, de gestion et de santé publique, et par la création de directions chargées de la planification du secteur de la santé et de la réforme de l'action des pouvoirs publics dans le secteur pharmaceutique. La qualité de la Stratégie de développement du secteur de la santé pour la période 1994-2000 en dit long sur le renforcement des capacités du Ministère de la santé. Établis sans quasiment aucune aide extérieure, le diagnostic sur la situation et les problèmes du secteur, ainsi que les mesures proposées pour y remédier, ont été très bien préparés, tiennent compte des enseignements tirés de l'exécution du projet lui-même, ainsi que d'autres opérations, et sont à la base des interventions stratégiques et bien coordonnées dans le secteur (par. 3.5).

11. **Résumé des coûts et modalités de financement.** Lors de l'évaluation, le coût estimatif total du projet (Tableau 7A) représentait la contre-valeur de 29,3 millions de dollars (nets d'impôts et de droits). La contribution de l'IDA était alors estimée à 27,8 millions de dollars, et celle de l'État, à 1,5 million. Au moment de la préparation du RFE, le montant total du crédit décaissé (37,1 millions de dollars) avait dépassé la somme prévue lors de l'évaluation, du fait des variations du taux de change entre le dollar et le DTS (Tableau 4). La contribution de l'État, telle qu'indiquée dans le dernier rapport d'audit en date du 30 juin 1995, atteignait la contre-valeur de 1,6 million de dollars, soit un montant supérieur à celui qui avait été prévu à l'évaluation. L'USAID a fourni, sous forme de don au secteur de la santé, une contribution équivalant à 1,2 million de dollars pour financer cinq études au titre de la Partie A du projet. La dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994 a poussé les bailleurs de fonds à fournir des financements supplémentaires, ce qui a considérablement aplani les difficultés liées à l'obtention de fonds de contrepartie. En mai 1994, le Royaume des Pays-Bas a accordé une aide équivalant à 770.000 dollars à l'appui du budget du projet (par. 3.6-3.8).

12. **Programme d'exécution.** La préparation du projet a été relativement longue : cinq années se sont écoulées entre la date de la première mission de reconnaissance (mai 1980) et celle de la mission d'évaluation (juin 1985) (Tableau 3). La date d'entrée en vigueur du projet, initialement fixée au 14 juillet 1986, a été reportée au 3 novembre 1986, certaines des conditions d'entrée en vigueur n'ayant pas été satisfaites à temps. Le crédit, qui devait au départ être clos le 30 juin 1993, ne l'a finalement été que le 30 juin 1995, la date de clôture ayant été repoussée à deux reprises. Le dernier décaissement au titre d'un engagement a été effectué le 14 novembre 1995. Le solde de 0,02 million de DTS (soit l'équivalent d'environ 0,03 million de dollars) a été annulé le 14 novembre 1995 (par. 3.9).

13. **Variation des coûts.** Plusieurs raisons expliquent que les coûts aient varié entre la date de l'évaluation (juin 1985) et celle de la clôture du projet (juin 1995) (Tableaux 7A et 7B) : a) le projet a démarré cinq ans après la date prévue et la date de clôture a été retardée de deux ans; b) la dévaluation de 1994 a pesé sur le coût des travaux de construction et du matériel; et c) le projet a dû appuyer des activités qui n'avaient pas été prévues à l'évaluation, comme le renforcement de la DEP, de la DPhL, de l'ONPPC, du programme de lutte contre les MST/SIDA, et le financement partiel du recensement de population de 1988 (par. 3.7).

14. **Principaux facteurs ayant affecté l'exécution.** Trois types de facteurs ont influé sur la capacité d'exécution du Gouvernement : les événements politiques; les contraintes financières; et les contraintes d'organisation et de gestion. Le processus de démocratisation, qui s'est déroulé en même temps que le projet, a provoqué le ralentissement, voire le blocage, de l'activité dans tous les secteurs. Le rythme auquel se sont succédé les Ministres de la santé pendant la durée de vie du projet (huit ministres en neuf ans) a occasionné de nombreux retards, les objectifs et l'avancement du projet étant systématiquement réexaminés et remis en cause par chaque nouveau Ministre. Les contraintes financières se sont manifestées de diverses manières, que ce soit par l'absence de fonds de contrepartie ou par des problèmes de trésorerie. En outre, l'inflation, attisée par la dévaluation de 1994 du franc CFA, a poussé l'État à accroître fortement sa participation financière globale. Ces difficultés financières ont été atténuées par le fait qu'un amendement a été apporté à l'Accord de crédit de développement pour permettre le financement à 100 % des coûts de fonctionnement du BP, et grâce à un Accord de don hollandais servant à financer les coûts en monnaie nationale. La capacité de gestion et d'organisation nécessaire pour exécuter un projet d'une telle ampleur et d'une telle complexité était insuffisante. L'extrême centralisation du Ministère de la santé, le poids des formalités et des procédures administratives et la structure verticale des programmes sanitaires expliquent que les services décentralisés de l'administration n'aient été, dans le meilleur des cas, que des spectateurs de l'exécution du projet. Depuis le lancement du projet jusqu'en 1991, le BP a été en proie à de graves difficultés gestionnelles et financières et a vu se succéder un grand nombre de coordonnateurs, ce qui a considérablement retardé l'exécution du projet. L'embauche en 1992 d'un nouveau

coordonnateur et d'un assistant technique pour le BP a cependant dynamisé l'exécution et accéléré la réalisation des objectifs fixés (par. 3.10-3.12).

15. **Évaluation des performances de la Banque et de l'Emprunteur.** Le projet a été bien identifié, en ce sens qu'il était compatible avec la stratégie de la Banque pour le pays et avec la stratégie de relance et de développement économique du Niger, laquelle était subordonnée à l'adoption d'un programme d'ajustement structurel. La Banque a adopté une approche globale en replaçant le projet dans le contexte de la réforme du secteur de la santé au Niger, qui s'inscrit elle-même dans le cadre du programme d'ajustement structurel du pays. L'évaluation et la conception du projet ont été satisfaisantes. Mais les moyens institutionnels à mettre en oeuvre pour exécuter un projet de ce type ont été sous-estimés. La supervision du projet a laissé à désirer. Alors qu'il s'agissait de la première intervention de la Banque dans le secteur de la santé du Niger, l'institution n'a pas affecté suffisamment de ressources aux missions de supervision, tant du point de vue quantitatif que du point de vue du dosage des compétences nécessaires pour régler les grands problèmes d'exécution, en particulier ceux ayant trait à la gestion financière (par. 3.13). La performance du Gouvernement nigérien pour ce qui est de la préparation du projet a été satisfaisante. C'est pour beaucoup à sa volonté de réforme en général, et à son attachement au projet en particulier, que l'on doit les succès et les résultats enregistrés, et ce, en dépit de la capacité gestionnelle et institutionnelle limitée du Niger et de ses maigres ressources financières. Le Gouvernement a travaillé en collaboration étroite avec la Banque à l'identification et à la préparation du projet. Une note générale de 2 à 3 a été décernée au projet pour l'exécution, laquelle a été jugée globalement satisfaisante (par. 3.14-3.15).

16. **Évaluation des résultats du projet.** En dépit du contexte politique et économique extrêmement difficile dans lequel s'est déroulée l'exécution, et malgré la rotation rapide des membres de l'équipe du projet, des coordonnateurs du programme et des ministres, le projet s'est soldé par un certain nombre de réalisations. Tous les objectifs n'ont, certes, pas été atteints, mais d'importants progrès ont été réalisés en matière d'assistance, en particulier du point de vue de la contribution du projet à la formulation des politiques et à la réforme, ainsi qu'au renforcement des capacités de planification et de prestation de services (paras. 3.16-3.18).

CE QUI RESSORT DE L'EXÉCUTION DU PROJET

17. On ne saurait assez souligner l'importance de la supervision du personnel de santé. En l'absence de l'appui technique et du suivi qu'un programme de supervision bien conçu aurait dû assurer, les investissements destinés à améliorer la qualité des services (infrastructure, conception de programmes et formation) n'ont pas été pleinement exploités ni consolidés. De même, les investissements de formation n'ayant fait l'objet d'aucun suivi ni d'aucune évaluation, le Ministère de la santé n'a pas pu optimiser les compétences nouvellement acquises ni juger de l'utilité de la formation pour orienter les futurs investissements dans ce domaine. Faute d'une politique clairement définie pour

promouvoir l'action préventive et l'éducation sanitaire, ces aspects ont été négligés et n'ont reçu qu'un rang de priorité faible dans le cadre du projet, alors qu'ils avaient été jugés importants lors de la conception et dans les documents relatifs au projet. La qualité des services aurait gagné à ce que l'on s'intéresse davantage à tous ces aspects – supervision, évaluation de la formation et politique de prévention et de promotion (par. 4.1-4.2).

18. Il est apparu que la performance du secteur est davantage tributaire des moyens gestionnels et institutionnels que des ressources disponibles. Il faut s'attacher davantage à développer les capacités de gestion des ressources et de gestion stratégique décentralisée pour accroître l'efficacité du secteur. À cet égard, il importe aussi de décentraliser et d'intégrer les programmes et les services, ainsi que de clarifier les attributions et les responsabilités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de veiller à leur complémentarité. Il faudra prêter davantage attention au renforcement des institutions et des capacités de gestion dans les interventions futures. À partir du moment où elles participent au financement du projet, les communautés s'intéressent davantage à la prestation de services sanitaires et sont plus exigeantes, ce qui oblige les services publics à se soucier davantage des besoins des clients. Il faudra encourager et soutenir ces nouveaux comportements dans les opérations futures (par. 4.3-4.4).

OPÉRATIONS FUTURES ET VIABILITÉ À LONG TERME

19. Le Gouvernement et les autres parties prenantes ont longuement discuté de la manière dont on pourrait mettre à profit les leçons apprises dans le cadre des futurs investissements sectoriels, démarche au coeur du processus d'évaluation participative. Il est encourageant de constater que tant le Gouvernement que la Banque ont tenu compte de ces enseignements dans leurs stratégies pour ce qui est de la conception et de la mise en oeuvre de leurs futures interventions sanitaires au Niger. Le Plan de développement du secteur de la santé pour la période 1994-2000 reprend l'essentiel d'un certain nombre d'enseignements tirés de la première opération et tient notamment compte de la nécessité : a) de décentraliser la gestion et l'administration du secteur et de mieux intégrer services et programmes en créant et en appuyant des districts sanitaires; b) de renforcer la capacité de gestion stratégique et de gestion des ressources; et c) de juger du potentiel (souvent inexploité) des diverses parties prenantes et de tous ceux qui contribuent à la performance du secteur et d'en tirer plus pleinement parti. Les discussions qui ont eu lieu pendant la mission du RFE ont insisté sur certains points qui se sont révélés importants pour améliorer ce Plan, notamment qu'il fallait fixer des objectifs plus réalistes, classer les interventions par rang de priorité, instaurer un processus de planification à horizon mobile qui serait revu et révisé chaque année, et estimer (et minimiser) les investissements et les charges récurrentes. Le renforcement des capacités et la mobilisation des ressources à l'actif du projet assureront la pérennité de l'opération et de celles qui la suivront (par. 4.5-4.7).

LEÇONS À TIRER POUR LES FUTURS PROJETS DANS LE SECTEUR AU NIGER

20. **Conception et mise en oeuvre du projet.** Les objectifs du projet devraient être suffisamment modestes et reposer sur une bonne connaissance des conditions existantes. Ils devraient être à la mesure des ressources mises à la disposition des équipes du projet et du programme. Objectifs et indicateurs devraient être clairement fixés dès le départ. Les principales parties prenantes devraient être identifiées dès le début du processus et associées à tous les stades de la conception et de la mise en oeuvre. La conception et le calcul des coûts du projet devraient être guidés par le souci de dépenser le moins possible. Une planification à horizon mobile donnerait à la fois plus de rigueur et de souplesse à la phase d'exécution. Quant à la capacité institutionnelle, une évaluation plus globale et rigoureuse aurait permis de modifier la conception du projet et de prévoir des mesures pour renforcer cette capacité (par. 4.8).

21. **Gestion du projet.** On retiendra trois grandes leçons : l'équipe du projet doit être bien rompue aux procédures et aux exigences de la Banque; il faut améliorer les mécanismes de coordination et de communication; et il faut minimiser la rotation du personnel de gestion des programmes et des prestataires de services. L'exécution a aussi révélé qu'il importait d'intégrer et d'insérer davantage les activités du projet dans le cadre des opérations du Ministère de la santé, tant à l'échelon central qu'au niveau des services décentralisés. Il faudrait savoir mieux exploiter les occasions de régler rapidement les problèmes d'exécution. À cet égard, la procédure d'examen à mi-parcours aurait pu être utilisée de manière plus efficace. L'établissement régulier de rapports (trimestriels ou semestriels) sur l'exécution du projet pourrait aussi servir à cerner et à résoudre les problèmes éventuels (par. 4.9).

RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION
RÉPUBLIQUE DU NIGER
PROJET DE SANTÉ
(Crédit 1668-NIR)

PARTIE I : ÉVALUATION DE L'EXÉCUTION DU PROJET

A. INTRODUCTION

1. Cadre macroéconomique

1.1 Le Niger est un grand pays enclavé, situé à 600 km du littoral le plus proche et couvrant une superficie de 1.270.000 km², qui est parmi les plus pauvres du monde. La population, qui compte approximativement 50 % de jeunes de moins de 15 ans et croît au rythme de 3,3 % par an environ, avait, en 1994, un effectif d'environ 8,7 millions d'habitants. Les indicateurs sociaux du pays sont parmi les plus bas de la région du Sahel. L'agriculture de subsistance a de tout temps dominé l'économie, l'élevage constituant une autre source importante de revenu et de recettes d'exportation. Hormis en période de sécheresse sahélienne, le pays est autosuffisant du point de vue de la production vivrière de base.

1.2 La découverte de vastes gisements d'uranium à la fin des années 60 a donné naissance à un important secteur minier qui, à la faveur de la conjoncture extrêmement porteuse du marché mondial de la fin des années 70, a connu un essor rapide. À cette époque, l'uranium, qui représentait 70 % des exportations, est devenu la principale source de devises et de revenu de l'État (environ 12 %). En conséquence, le Niger a connu une période de croissance rapide durant laquelle le secteur public a joué un rôle de premier plan dans l'économie. Le boom de l'uranium a malheureusement pris fin en 1981, avec l'effondrement des prix et le ralentissement de la production du pays. Le marasme économique a été encore accentué par l'alourdissement du déficit budgétaire et du déficit extérieur, ainsi que par l'accroissement des dépenses publiques. Les mauvaises politiques économiques conduites par le Gouvernement pendant la période de prospérité ont eu pour effet d'introduire des dysfonctionnements structurels. Les difficultés de financement, qui ont été aggravées par les dépenses excessives de l'État durant la période du boom de l'uranium, ont mis en relief la nécessité de s'attaquer de toute urgence aux problèmes structurels de l'économie. Avec l'aide de la Banque mondiale, le Gouvernement a préparé un programme d'ajustement structurel (exercice 86) visant à rétablir la croissance et à la maintenir à un niveau minimum acceptable, à plus ou moins long terme. Ce programme prévoyait notamment des mesures destinées à accroître l'efficacité des investissements existants, à améliorer l'affectation des ressources et à mettre en valeur la base de ressources du pays.

2. Rôle de la Banque dans le secteur

1.3 Le projet de santé (Crédit 1668-NIR), qui a marqué le début de l'intervention de la Banque dans le secteur de la santé du Niger, a été conçu pour aider le Gouvernement à atteindre ses objectifs d'ajustement au niveau sectoriel, à savoir : a) employer plus efficacement les ressources; b) mobiliser les ressources grâce au recouvrement des coûts; et c) réformer l'action des pouvoirs publics pour réaliser des gains d'efficience et d'efficacité dans l'ensemble du secteur de la santé. Avant que ce crédit n'entre en vigueur le 3 novembre 1986, 28 crédits de l'IDA avaient été approuvés en faveur du Niger, pour un montant total équivalant à 363,7 millions de dollars, dont un crédit à l'ajustement structurel d'un montant équivalant à 60 millions de dollars.

B. OBJECTIFS DU PROJET

1. Objectifs initiaux

2.1 Le projet avait pour objet d'aider l'Emprunteur à améliorer la performance de son secteur de la santé publique, notamment grâce : a) à l'adoption de bons outils de planification des investissements et de recouvrement des coûts; b) à l'élaboration et à l'application de politiques de population, de nutrition, de soins de santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies transmissibles, notamment le paludisme et les maladies diarrhéiques; et c) à la mise en oeuvre de programmes de formation à l'intention du personnel de santé.

2. Description et composantes du projet

2.2 La Partie A du projet appuyait l'ajustement du secteur de la santé en finançant : a) des études visant à renforcer la gestion financière et opérationnelle, à améliorer le recouvrement des coûts, les services sanitaires de base et l'offre de médicaments essentiels, ainsi qu'à élaborer des politiques de population et de nutrition; et b) des propositions pour la mise en oeuvre des politiques élaborées sur la base des études susmentionnées ou de l'expérience opérationnelle. La Partie B appuyait l'amélioration des services de santé de base et de planification familiale au travers d'activités visant : a) à améliorer les installations et à renforcer les programmes prioritaires; b) à promouvoir l'éducation de base et les initiatives communautaires; et c) à améliorer les qualifications du personnel de santé.

3. Clauses du crédit et accords spéciaux

2.3 Le projet prévoyait des clauses ou accords spéciaux pour faciliter la réalisation des objectifs du projet (Tableau 10). L'entrée en vigueur du crédit était subordonnée à plusieurs conditions : a) ouverture, par l'intermédiaire de l'ONPPC, d'un compte auprès d'une banque commerciale qui alimenterait un fonds renouvelable destiné à financer le réapprovisionnement en chloroquine du programme de lutte contre le paludisme;

b) création d'un Bureau du projet doté d'un personnel suffisant, et mise en place d'un système de comptabilité du projet; et c) ouverture d'un compte spécial en monnaie nationale, et dépôt sur ce compte d'un montant initial de 30 millions de francs CFA. Toutes ces conditions ont été satisfaites, et le projet est entré en vigueur le 3 novembre 1986. Les décaissements étaient subordonnés aux conditions suivantes : a) les décaissements au titre de l'exécution des activités proposées, sur la base des résultats de l'étude ou de l'expérience opérationnelle tirée du projet, étaient autorisés sous réserve de l'approbation par l'IDA des plans d'action préparés par le Gouvernement en collaboration avec l'IDA et fondés sur une étude de faisabilité; et b) les décaissements pour l'achat de vaccins étaient subordonnés à l'approbation par l'IDA des objectifs de couverture proposés pour la campagne de vaccination de l'année suivante.

2.4 Changements convenus. En avril 1994, compte tenu du faible montant du solde du crédit, il a été convenu de transférer certaines des activités qui devaient initialement être exécutées dans le cadre du projet de santé vers le projet de population alors en cours (Cr. 2630-NIR), à savoir : a) le programme de nutrition qui, en l'occurrence, prévoyait de former des professionnels de la santé et d'organiser des campagnes d'alphabétisation et de diffusion de la politique nationale; b) le programme d'éducation sanitaire; c) le programme d'appui au développement social; d) le PEV et le programme de mobilisation sociale; e) le programme de santé maternelle et infantile; et f) le programme de planification familiale. Cinq des six études prévues au titre de la Partie A du projet ont finalement été financées par un don de l'USAID au secteur de la santé, tout en continuant de faire partie intégrante des activités du projet. Contrairement à ce qui avait été prévu au départ, c'est le Ministère de la santé publique et des affaires sociales, et non le Ministère du Plan, qui a été chargé de conduire et réaliser les études sur les politiques. Un certain nombre d'autres activités ont été finalement prises en charge par le projet, notamment les activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA, l'achat de médicaments antituberculeux, une étude sur les jeunes et le recensement de la population. La date de clôture du projet a été reportée une première fois à 1993, et une seconde fois à 1994.

2.5 Amendements. Deux amendements seulement ont été apportés en octobre 1987 à l'Accord de Crédit de Développement, et ce, à la demande du Gouvernement, pour aider à financer le recensement. Un montant équivalant à la contre-valeur de 750 millions de francs CFA a été débloqué en deux tranches, qui ont été déposées au compte spécial (Compte Spécial B) géré par le Ministère du Plan. Un autre amendement a été apporté en décembre 1993 pour autoriser le financement intégral par l'IDA des coûts de fonctionnement du BP.

4. Évaluation des objectifs

2.6 Les objectifs du projet s'inscrivaient dans le droit fil de la stratégie de relance et de développement de l'économie nigérienne, laquelle reposait sur l'adoption d'un programme d'ajustement structurel, et se voulaient une réponse aux besoins pressants du secteur. Ces objectifs – et la conception du projet qui en est résultée – n'en étaient pas

moins ambitieux, en ce sens qu'ils s'attaquaient simultanément à toute une série de problèmes affectant le secteur de la santé à tous les niveaux (politique, conception et prestation de services, amélioration des qualifications du personnel, infrastructure, etc.) dans un pays aux moyens institutionnels et gestionnels des plus modestes et dans lequel la Banque n'avait qu'une expérience opérationnelle limitée, voire inexistante (Tableau 2). Ces objectifs n'ont été ni définis de façon suffisamment claire, ni suffisamment bien compris de ceux qui étaient chargés de les réaliser. S'agissant du premier projet sanitaire de la Banque au Niger, la préparation, en particulier la fixation des objectifs, aurait gagné : a) à ce que la capacité d'exécution de l'Emprunteur soit mieux évaluée; b) à ce que les critères/indicateurs de suivi de l'exécution et de l'avancement du projet soient définis de manière plus précise, ce qui aurait dû être fait conjointement avec le Ministère de la santé; c) à ce que l'on se fonde sur des données de référence plus fiables pour fixer des objectifs et des indicateurs réalistes; et d) à ce que les interventions d'autres bailleurs de fonds dans le secteur (USAID, FNUAP, OMS, UNICEF, FAC) soient davantage prises en compte. La coordination des actions sanitaires menées par les différents bailleurs de fonds au Niger s'en serait trouvée renforcée. Dans l'ensemble, les objectifs ont cependant été suffisamment bien ciblés pour que l'on parvienne au résultat souhaité, comme, par exemple, la réforme de l'action des pouvoirs publics et son application à l'ensemble du pays, ou les améliorations apportées aux services prioritaires. En outre, le projet (en particulier la Partie A) a été conçu de manière suffisamment souple pour permettre l'application immédiate des leçons de l'expérience.

C. EXPÉRIENCE ET RÉSULTATS DE L'EXÉCUTION

1. Évaluation du succès et de la viabilité à long terme du projet

3.1 *Objectifs de politique sectorielle.* L'objectif qui était d'aider le Gouvernement à insérer la réforme du secteur de la santé dans le cadre global de son programme d'ajustement structurel a été en grande partie atteint. Des études visant à améliorer la politique sectorielle ont été réalisées et ont permis de formuler et de mettre en oeuvre certaines réformes clés (Tableau 6). C'est ainsi que les hôpitaux nationaux ont été transformés en établissements publics à caractère administratif et, à ce titre, se sont vu accorder une plus grande autonomie financière. Cette réforme a eu pour effet d'améliorer la mobilisation des ressources et les pratiques de gestion hospitalière. En juin 1995, l'Assemblée nationale a adopté un texte de loi sur le recouvrement des coûts du secteur non hospitalier (soins de santé primaire), qui incitait à mobiliser davantage les ressources en faveur des soins de santé primaire et à mieux gérer les ressources et les services. Des études pilotes ont déjà montré que, comme dans d'autres pays, le fait pour les communautés d'être associées au financement des services de santé et à la gestion des montants recouverts donnait plus de poids à leurs demandes de services de qualité et incitait ainsi les intervenants du système sanitaire à se soucier davantage des besoins des clients, donc à améliorer cette qualité. Les études et les travaux de recherche opérationnelle menés dans le cadre de cette composante ont permis de mieux juger des forces et des faiblesses du système sanitaire en place et d'élaborer des politiques de

nutrition, de fourniture de médicaments et de lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques. Toutes ces contributions se retrouvent dans le plan national de développement du secteur de la santé élaboré par le Gouvernement pour la période 1994-2000, qui fournit un cadre cohérent pour la réforme sectorielle et a permis d'attirer et de bien coordonner l'aide extérieure en faveur du secteur.

3.2 *Objectifs des programmes.* Les investissements réalisés dans le cadre du projet pour améliorer les qualifications techniques des prestataires de services et renforcer l'infrastructure et le matériel technique de certaines installations sanitaires ont contribué à améliorer la qualité et la couverture des services de santé de base. En outre, un certain nombre de programmes et de services prioritaires de santé ont été renforcés grâce à l'amélioration de la gestion stratégique et à l'appui direct consenti aux activités d'exécution. À cet égard, on peut citer, entre autres réalisations majeures, la création d'un comité interministériel de lutte contre le paludisme, la définition d'une politique nationale multisectorielle de nutrition, la mise en place d'un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, le renforcement du programme d'éducation sanitaire aux niveaux central et départemental, ainsi que le lancement et le bon déroulement du mouvement de participation communautaire aux activités ayant trait à la santé et à la nutrition. Parmi les résultats quantifiables de ces interventions (présentés en détail au Tableau 5), on peut citer le fait que les communautés ont pris davantage conscience de leurs problèmes de santé et s'efforcent concrètement de les résoudre elles-mêmes; l'accroissement des taux de vaccination et du nombre des consultations prénatales; et l'amélioration des indicateurs de santé maternelle.

3.3 Tous les objectifs n'ont cependant pas été atteints. Les taux de vaccination et de formation ont été inférieurs de 45 % et 52 % respectivement aux objectifs fixés. Un plan de supervision a bien été élaboré avec, comme prévu, un financement au titre de la Partie A du projet, mais il n'a jamais été mis en oeuvre. Les directions départementales ont bien reçu l'équipement et le matériel nécessaires aux activités d'éducation sanitaire, mais elles ne les utilisent pas de manière efficace. Les bailleurs de fonds ne se sont pas réunis une seule fois pendant toute la durée du projet pour tenter de coordonner leur aide au secteur, comme le prévoyait l'Accord de crédit de développement. Quant au fonds renouvelable pour l'approvisionnement en chloroquine, il n'a jamais fonctionné correctement.

3.4 *Objectifs matériels.* Parmi les réalisations du projet, citons en particulier la réhabilitation du nombre d'installations sanitaires prévu à l'évaluation. Des 113 installations qu'il était prévu de remettre en état, 110 ont été réhabilitées et équipées dans les sept départements couverts par le projet (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua et Zinder, et zone métropolitaine de Niamey). Le programme de travaux de génie civil a été long à démarrer pour plusieurs raisons, notamment parce que l'on a tardé à planifier l'exécution du programme, à réaliser les principales études et à lancer les appels d'offres, ainsi qu'à faire exécuter les travaux de génie civil par certaines entreprises n'ayant que peu de moyens financiers et/ou techniques; parce que les procédures de passation des

marchés de la Banque mondiale étaient mal connues; et parce qu'il n'y a eu ni supervision ni suivi. L'effondrement de la BDRN en 1991/1992 explique aussi en partie certains de ces retards, les comptes détenus par une poignée d'entreprises ayant été gelés. Heureusement, le programme s'est raffermi pendant la deuxième phase de l'exécution (à partir de 1992). Un ingénieur du génie civil a été recruté au poste d'assistant technique du BP pour assurer la coordination et la supervision des activités. Les 110 installations sanitaires à avoir été réhabilitées et équipées se répartissent comme suit : 51 dispensaires ruraux, 23 maternités/centres de protection maternelle et infantile (PMI), quatre postes médicaux, trois centres médicaux, et 29 blocs sanitaires. En outre, beaucoup d'autres installations essentielles liées aux activités sanitaires ont bénéficié d'un appui au titre du crédit, notamment 20 résidences pour le personnel médical, deux bureaux pour l'ONPPC, 12 enceintes sanitaires, six antennes sous-régionales d'EPS, 45 hangars du PEV, deux centres de nutrition, et l'Institut national de la santé publique de Zinder. Le Tableau 5 montre en détail les intrants matériels et logistiques fournis au titre du projet.

3.5 *Objectifs de renforcement institutionnel et viabilité à long terme du projet.* Tout porte à croire que les actions menées dans le cadre du projet seront viables, non seulement parce que le projet a permis de renforcer les capacités de gestion, mais aussi parce qu'il a montré l'existence d'un potentiel de mobilisation des ressources par le biais du recouvrement des coûts. Ce que l'on a appris de la conception et de la réalisation d'études et de travaux de recherche opérationnelle, ainsi que de l'élaboration et de la mise en oeuvre des réformes de politique en résultant, a contribué à améliorer considérablement la capacité de gestion stratégique du secteur du Ministère de la santé. Les capacités ont aussi été renforcées par l'effort de formation à long terme consenti dans le cadre du projet en matière de planification, de gestion et de santé publique. Dans le cadre de ce projet, la structure du Ministère de la santé a été renforcée par la création de la Direction des études et de la programmation (DEP) et de la Direction des pharmacies et laboratoires (DPhL), qui jouent respectivement un rôle clé dans la planification du secteur de la santé et la réforme de la politique du secteur pharmaceutique. La qualité de la Stratégie de développement du secteur de la santé pour la période 1994-2000 en dit long sur le renforcement des capacités du Ministère de la santé. Établis sans pratiquement aucune aide extérieure, le diagnostic sur la situation et les problèmes du secteur, ainsi que les mesures proposées pour y remédier, ont été très bien préparés, reflètent les enseignements tirés de l'exécution même du projet et d'autres opérations, et servent de fondement à des interventions stratégiques et bien coordonnées dans le secteur. Le fait que les hôpitaux disposent désormais d'une autonomie financière et gestionnelle est encore à inscrire à l'actif du développement institutionnel.

2. Résumé des coûts

3.6 Lors de l'évaluation, le coût estimatif total du projet (Tableaux 7A et 7B) équivalait à 29,3 millions de dollars (nets d'impôts et de droits), avec une composante en devises de 18,2 millions de dollars (62 %). Les coûts de base estimatifs étaient exprimés en prix de juin 1985. La répartition des coûts du projet en devises et en monnaie nationale est indiquée dans le Tableau 7A.

3.7 Plusieurs raisons expliquent que les coûts aient varié entre la date d'évaluation (juin 1985) et la date de clôture du projet (juin 1995) (Tableaux 7A et 7B) : a) le projet a démarré cinq ans après la date prévue, et la date de clôture a été reportée de deux ans; b) la dévaluation de 1994 a pesé sur le coût des travaux de construction et du matériel; et c) le projet a dû appuyer des activités qui n'avaient pas été prévues à l'évaluation, comme le renforcement de la DEP, de la DPhL, de l'ONPPC, du programme de lutte contre les MST/SIDA, et le financement partiel du recensement de population de 1988.

3. Modalités de financement

3.8 Au moment de l'évaluation, la contribution de l'IDA était estimée à la contre-valeur de 27,8 millions de dollars (au taux de change avec le DTS de février 1986), et celle de l'État, à la contre-valeur de 1,5 million de dollars. Au moment de la préparation du RFE, le montant total du crédit décaissé (37,1 millions de dollars) dépassait la somme prévue lors de l'évaluation, par suite de l'évolution du taux de change entre le dollar et le DTS (Tableau 4). La contribution proprement dite de l'État (telle qu'indiquée dans le dernier rapport d'audit en date du 31 décembre 1995) atteignait la contre-valeur de 1,6 million de dollars, soit un montant supérieur à celui qui avait été prévu à l'évaluation. L'USAID a fourni, sous forme de don au secteur, une contribution équivalant à 1,2 million de dollars pour financer cinq études au titre de la Partie A du projet. La dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994 a incité les bailleurs de fonds à fournir des financements supplémentaires, ce qui a considérablement pallié l'insuffisance des fonds de contrepartie. En mai 1994, le Royaume des Pays-Bas a accordé une aide représentant la contre-valeur de 770.000 dollars à l'appui du budget du projet. Il importe de noter qu'au moment de la clôture du projet, le Gouvernement a décidé d'affecter le solde restant sur le compte du projet (environ 300 millions de francs CFA) au financement de la réhabilitation d'un hangar de l'ONPPC pour le stockage de médicaments et à l'achat de 500.000 doses de vaccin contre la méningite.

4. Calendrier d'exécution

3.9 La préparation du projet a été relativement longue : cinq années se sont écoulées entre la première mission de reconnaissance (mai 1980) et la mission d'évaluation (juin 1985) (Tableau 3). La date d'entrée en vigueur du projet, initialement fixée au 14 juillet 1986, a été reportée au 3 novembre 1986, certaines des conditions d'entrée en vigueur n'ayant pas été satisfaites à temps, en particulier le recrutement du comptable,

qui a nécessité des formalités administratives interminables. La date de clôture du Crédit, fixée au départ au 30 juin 1993, a été repoussée à deux reprises avant d'être finalement fixée au 30 juin 1995. Le dernier décaissement au titre d'un engagement a été effectué le 14 novembre 1995. Le solde de 0,02 million de DTS (soit l'équivalent d'environ 0,03 million de dollars) a été annulé le 14 novembre 1995.

5. Analyse des principaux facteurs ayant affecté l'exécution

3.10 Trois types de facteurs ont affecté la capacité d'exécution du Gouvernement : les événements politiques, les difficultés financières, et les contraintes d'organisation et de gestion. Le *processus de démocratisation* qui s'est déroulé tout au long du projet a eu pour effet de freiner l'activité dans tous les secteurs, voire de mettre l'économie au point mort pendant les périodes de crises qui ne manquent pas de se produire dans ce genre de processus. Qui plus est, et plus concrètement, le rythme auquel se sont succédés les Ministres de la santé pendant la durée de vie du projet (8 ministres en 9 ans) a occasionné de nombreux retards, les objectifs et l'avancement du projet étant systématiquement réexaminés et remis en cause par chaque nouveau Ministre. Les difficultés financières sont dues à des raisons diverses et variées. Avec la crise économique, les fonds de contrepartie sont venus à manquer, ce qui a retardé la mise en oeuvre de certaines activités et sérieusement entravé l'opération. L'État s'est même trouvé à plusieurs reprises dans l'incapacité de payer les salaires sur des périodes pouvant atteindre 6 mois. Les problèmes de trésorerie ont encore été aggravés par la faillite de la BDRN, dont les actifs (y compris les comptes spéciaux du projet) ont été gelés. En outre, l'inflation, attisée par la dévaluation du franc CFA en 1994, a eu pour effet d'accroître considérablement la participation financière globale de l'État. Ces difficultés ont été quelque peu atténuées par un amendement apporté à l'Accord de Crédit de Développement, en vertu duquel les coûts de fonctionnement du BP pouvaient être financés à 100 %, et par un Accord de Don Hollandais destiné à financer les coûts en monnaie nationale.

3.11 *La capacité de gestion et d'organisation* n'était pas suffisante pour exécuter un projet d'une telle ampleur et d'une telle complexité. L'extrême centralisation du Ministère de la santé, couplée à la lourdeur des formalités et des procédures administratives, explique que les administrateurs et les gestionnaires des services périphériques n'aient été, dans le meilleur des cas, que des spectateurs de l'exécution du projet. En outre, la structure verticale des programmes du Ministère de la santé a inutilement compliqué la prestation de services et gêné les efforts visant à intégrer la fourniture de ces services. Au niveau politique (ministériel), la rotation rapide des responsables à la tête des principaux programmes techniques (en moyenne un changement par an par programme), conjuguée à l'extrême mobilité du personnel chargé de la prestation de services, a encore raffermi la volonté d'améliorer l'efficacité des programmes sanitaires et la prestation de services.

3.12 Depuis le lancement du projet jusqu'en 1991, le BP a connu de graves difficultés gestionnelles et financières et vu se succéder un grand nombre de coordonnateurs, deux facteurs qui ont considérablement retardé l'exécution du projet. La mauvaise tenue des comptes du projet et la soumission tardive des rapports étaient révélateurs des lacunes de la gestion financière. L'utilisation du compte spécial de l'IDA pour financer la contribution de contrepartie du Gouvernement a entraîné, en janvier 1992, la suspension de facto du compte spécial par la Banque. La capacité de gestion, de supervision et de passation des marchés du BP laissait aussi à désirer. L'embauche en 1992 d'un nouveau coordonnateur et d'un assistant technique pour le BP a dynamisé l'exécution et accéléré la réalisation des objectifs du projet.

6. Évaluation des performances de la Banque et de l'Emprunteur

3.13 Le projet a été bien identifié, en ce sens qu'il était compatible avec la stratégie de la Banque dans le pays et avec la stratégie de relance et d'expansion économique du Niger, laquelle était subordonnée à l'adoption d'un programme d'ajustement structurel. À en juger par le temps et les ressources consacrés à la préparation et à l'évaluation, il semble que le dialogue ait parfois été difficile et que la Banque ait approché le secteur de la santé nigérien avec beaucoup de prudence. L'institution a adopté une approche globale en replaçant le projet dans le contexte de la réforme du secteur de la santé, réforme qui s'inscrit elle-même dans le cadre du programme d'ajustement structurel du pays. L'évaluation et la conception du projet ont été satisfaisantes. Le projet était axé sur la nécessité de réformer l'action des pouvoirs publics de façon pragmatique et souple, ce qui correspondait à une optique d'apprentissage très novatrice à l'époque. Mais on a sous-estimé les moyens institutionnels à mettre en oeuvre pour l'exécuter. Le projet n'a pas été bien supervisé. Alors qu'il s'agissait de la première intervention de la Banque dans le secteur de la santé au Niger, l'institution n'a pas consacré suffisamment de ressources à la supervision sur le terrain, tant du point de vue quantitatif que de celui du dosage des compétences nécessaires, pour s'attaquer aux grands problèmes d'exécution signalés à plusieurs reprises dans les aide-mémoire, en particulier ceux ayant trait à la gestion financière.

3.14 La performance du Gouvernement nigérien pour ce qui est de la préparation du projet a été satisfaisante. Sa volonté de réforme en général, et son attachement au projet en particulier, sont pour beaucoup dans les succès et les résultats qui ont été enregistrés dans le pays, malgré une capacité gestionnelle et institutionnelle limitée et de maigres ressources financières. Le Gouvernement a travaillé en collaboration étroite avec la Banque à l'identification et à la préparation du projet.

3.15 La performance de l'Emprunteur pour ce qui est de l'exécution du projet a été globalement satisfaisante. Si l'on examine les formulaires 590 et les comptes rendus de mission, on peut juger de cette performance à trois niveaux : a) technique – l'Emprunteur a su exécuter les programmes d'action sanitaire de manière satisfaisante et, ce faisant, atteindre en grande partie l'objectif de développement du projet. Le projet a ainsi eu, et

continue d'avoir, un impact positif du point de vue du développement, en jouant un rôle de premier plan à l'appui d'activités essentielles du secteur de la santé; b) gestionnel et institutionnel – l'Emprunteur a enregistré de piètres résultats de ce point de vue, en raison de la faible capacité de gestion du BP et des moyens institutionnels insuffisants des autres partenaires publics; c) détermination et participation financière du Gouvernement – la détermination du Gouvernement, qui était très ferme au début du projet, a été plus ou moins ébranlée durant l'exécution par les fréquents remaniements ministériels, la frilosité de certains hauts fonctionnaires et l'incapacité de l'Emprunteur, aux premiers stades du projet, de fournir les fonds de contrepartie de manière ponctuelle et régulière.

7. Évaluation des résultats du projet

3.16 En dépit des très graves difficultés politiques et économiques rencontrées pendant l'exécution, et malgré le renouvellement rapide de l'équipe du projet, des coordonnateurs du programme et des ministres, le projet s'est soldé par un certain nombre de réalisations notables. Tous les objectifs n'ont certes pas été entièrement atteints, mais des points importants ont été marqués en matière d'assistance, en particulier du point de vue de la contribution du projet à la formulation des politiques et à la réforme, ainsi qu'au renforcement des capacités de planification et de prestation de services. La capacité institutionnelle du Ministère de la santé a été renforcée par la création de la Direction des études et de la programmation et de la Direction des pharmacies et laboratoires, qui jouent un rôle de premier plan en matière de planification sectorielle et pour ce qui est de la formulation et de la supervision de la politique du secteur pharmaceutique. Les études et les activités de planification financées dans le cadre du projet, ainsi que les actions destinées à améliorer les qualifications en matière de planification, de gestion et de santé publique, ont permis de mieux déterminer les forces et les faiblesses de la pyramide sanitaire existante et d'élaborer un plan national de développement sectoriel, qui fournit un cadre cohérent pour le développement du secteur de la santé. C'est aussi à partir des résultats de ces travaux qu'ont été élaborés la réforme du secteur hospitalier et le texte de loi sur le recouvrement des coûts adopté récemment.

3.17 Le projet a aussi permis d'améliorer la qualité et la couverture de la prestation de services. Les investissements affectés aux équipements d'infrastructure, à la conception de programmes et à l'amélioration des qualifications techniques des prestataires de services se sont traduits par l'amélioration de la couverture et de la qualité de la prestation de services. À preuve l'amélioration qualitative des services de soins et de prévention, le renforcement de la capacité d'accueil et de traitement des patients, l'intensification des activités d'information, d'éducation et de communication dans le domaine de la santé, et la participation accrue des communautés aux activités du secteur.

3.18 Tous les objectifs n'ont cependant pas été entièrement atteints, notamment en matière de vaccination (55 % de la couverture visée) et de formation spécialisée à l'intention du personnel technique (48 % de l'objectif fixé). Les bailleurs de fonds ne se sont pas réunis une seule fois pendant toute la durée du projet pour tenter de coordonner leur aide, pas plus que le programme de supervision élaboré durant le projet n'a été mis

en oeuvre. Quant au fonds renouvelable pour l'approvisionnement en chloroquine, il n'a jamais bien fonctionné.

D. RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS, OPÉRATIONS FUTURES ET GRANDS ENSEIGNEMENTS

1. Conclusions de l'exécution du projet

4.1 Ce que l'on a appris pendant l'exécution du projet a mis en lumière un certain nombre de faiblesses et de possibilités à exploiter pour améliorer la couverture et la qualité des services, la gestion et l'organisation de l'activité du secteur. Cette expérience influera sur la conception et l'élaboration des futures interventions dans le secteur.

4.2 *Services.* On ne saurait assez souligner l'importance de la supervision du personnel de santé. Le Gouvernement avait bien préparé un plan d'action détaillé pour superviser le personnel de santé opérant sur le terrain, comme il était tenu de le faire en application de l'Accord de Crédit de Développement, mais ce programme n'a jamais été mis en oeuvre, alors qu'il pouvait faire l'objet d'un financement au titre de la Partie A du projet. En conséquence de quoi, les investissements destinés à améliorer la qualité des services (infrastructure, conception de programmes, et formation) n'ont pas été pleinement exploités ni consolidés, faute de l'appui technique et du suivi qu'aurait assurés un programme de supervision. De même, l'absence de suivi ou d'évaluation des investissements de formation a privé le Ministère de la santé de la possibilité d'optimiser les compétences nouvellement acquises ou de juger de l'utilité de la formation, de manière à pouvoir orienter les futurs investissements dans ce domaine. Le peu d'attention et le faible rang de priorité accordés dans le cadre du projet à ces questions, qui étaient jugées importantes au moment de la conception et dans les documents relatifs au projet, s'expliquent par le fait qu'aucune politique de prévention ou d'éducation sanitaire n'a été clairement définie.

4.3 *Gestion/organisation du secteur.* Plus encore que les ressources disponibles, c'est la gestion des ressources – humaines, financières et matérielles (en particulier la maintenance) – qui détermine la performance du secteur. Mobilité, manque de motivation et répartition inéquitable du personnel de santé et du personnel administratif, capacité insuffisante, pesanteur et centralisation excessive des mécanismes de comptabilité et de gestion financière, et absence de maintenance sont autant de handicaps qui pèsent sur l'efficacité du projet (et du programme). Il faut s'attacher davantage à développer les capacités de gestion des ressources et de gestion stratégique décentralisée (qu'il s'agisse de planification, de programmation, de coordination de l'aide, de suivi ou d'évaluation) si l'on veut accroître l'efficacité du secteur. L'efficacité du projet a par ailleurs été compromise par les lacunes organisationnelles du Ministère de la santé, auxquelles il faut remédier. Le projet a été conçu sur un modèle vertical et centralisé qui correspondait à l'organisation du ministère à l'époque. Pour que le secteur gagne en efficacité, il faut décentraliser et intégrer les programmes et les services, clarifier les attributions et les

responsabilités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et veiller à leur complémentarité. Il faudra aussi prêter davantage attention au renforcement des institutions et des capacités de gestion dans les interventions futures.

4.4 *Participation.* L'application, à titre expérimental, de programmes de recouvrement des coûts a permis de mieux apprendre à associer la population au financement des activités sectorielles. L'expérience a aussi montré qu'à partir du moment où la population était financièrement intéressée au processus, elle devenait plus exigeante s'agissant de la qualité des services offerts et davantage disposée à participer à la gestion des ressources ainsi qu'à la planification, à la mise en oeuvre et à la gestion des activités du secteur. Les intervenants comprennent ainsi mieux la nécessité de se soucier davantage du client, ce qui marque une évolution sensible et un net progrès. Les futurs investissements devraient prévoir une aide à cet égard. Comme les besoins de la population relèvent de plusieurs secteurs (les principaux problèmes de santé tiennent à un accès insuffisant à l'eau salubre), pareille évolution exige également une approche beaucoup plus holistique de la problématique sanitaire et un effort plus délibéré de coordination intersectorielle et de partenariat avec d'autres organismes de développement (ONG) à tous les niveaux du système. Si la participation a pris de l'ampleur tout au long du projet, celle des femmes reste des plus limitées, pour des raisons essentiellement culturelles.

2. Opérations futures et viabilité à long terme

4.5 Le Gouvernement et les autres parties prenantes ont longuement discuté de la manière d'appliquer les leçons apprises aux futurs investissements sectoriels, cet aspect étant au coeur même du processus d'évaluation participative. Il est encourageant de noter que, tant le Gouvernement que la Banque, ont tenu compte de ces enseignements dans leurs stratégies pour ce qui est de la conception et de la mise en oeuvre de leurs futures interventions sanitaires au Niger, à savoir, respectivement, le Plan national de développement du secteur de la santé pour la période 1994-2000, et le Programme d'investissement sectoriel de la Banque. La conception du Deuxième projet de santé, qui sera évaluée au cours des deuxième et troisième trimestres de l'exercice 96, s'est déjà beaucoup inspirée de cette riche expérience.

4.6 Le Plan de développement du secteur de la santé pour la période 1994-2000 constitue le fondement du projet d'intervention de l'IDA dans le secteur. Ce document, qui est très bien fait, reprend l'essentiel d'un certain nombre d'enseignements tirés de la première opération de l'IDA, entre autres qu'il faut : a) décentraliser la gestion et l'administration du secteur et mieux intégrer les services et les programmes en créant et en appuyant des districts sanitaires; b) renforcer la capacité de gestion stratégique et de gestion des ressources; et c) cerner le potentiel (souvent inexploité) des diverses parties prenantes et de tous ceux qui contribuent à la performance du secteur et en tirer plus pleinement parti. Ce plan expose très bien ce qu'il faut faire, mais il reste à déterminer la marche à suivre. Les discussions qui se sont déroulées pendant la mission du RFE ont

beaucoup porté sur la question de savoir comment améliorer encore ce plan à partir de ce que l'on avait appris, notamment en fixant des objectifs plus réalistes, en classant les interventions par rang de priorité, en instaurant un processus de planification à horizon mobile qui serait revu et révisé chaque année, et en estimant (et en minimisant) les investissements et les charges récurrentes.

4.7 Les grands principes de cette nouvelle approche, qui guident la conception et la mise en oeuvre du projet d'intervention de l'IDA, sont les suivants : mise en place d'un cadre sectoriel cohérent à partir duquel les divers bailleurs de fonds pourraient être sollicités, et leurs contributions, coordonnées; lancement et prise en charge par l'État d'activités sectorielles, et établissement de partenariats plus étroits entre les diverses parties prenantes pour mener à bien la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de ces activités; volonté plus délibérée et systématique de renforcer les capacités, notamment de gestion, et le cadre institutionnel, et ce, par la mise en valeur du potentiel (souvent inexploité) de tous les partenaires de développement du secteur; meilleure compréhension des besoins des clients et plus grand souci d'y répondre; mise au point d'une série d'indicateurs permettant de mesurer la performance du système et l'impact des interventions; adoption d'une approche d'apprentissage, plus pragmatique que théorique, qui ferait l'objet d'une évaluation permanente et serait affinée à la lumière de l'expérience; viabilité économique et financière, l'accent étant mis sur l'établissement de priorités et le rapport coût-efficacité des interventions; bonne appréciation des implications au niveau des charges récurrentes et de la maîtrise des coûts; et importance du resserrement des liens, notamment de partenariat, avec l'administration centrale et les autres ministères à tous les niveaux du système, pour mieux comprendre les points forts et les points faibles de la décentralisation, des finances publiques, de la réforme de la société civile, etc. (autrement dit, les liens macroéconomiques) et pour renforcer la coordination et la collaboration entre secteurs en vue d'améliorer la situation du pays du point de vue de la santé. Cette approche a fait l'objet de discussions approfondies et a été bien accueillie par le Gouvernement comme par les bailleurs de fonds.

3. Leçons à tirer pour de futurs projets dans le secteur au Niger

4.8 *Conception et mise en oeuvre du projet.* Il faudrait que les objectifs du projet ne soient pas trop ambitieux et reposent sur une bonne connaissance des conditions existantes. La constitution d'une base de données fiable revêt à cet égard une grande importance. Les objectifs devraient être à la mesure des ressources mises à la disposition des équipes du projet et du programme. Objectifs et indicateurs devraient être clairement fixés dès le départ. Quant aux principales parties prenantes, à savoir les bénéficiaires, les prestataires de services, les autorités locales, les ONG et les principaux bailleurs de fonds du secteur, elles devraient être identifiées dès le début du projet et associées à tous les stades de la conception et de la mise en oeuvre : évaluation des besoins, conception, définition des objectifs et des indicateurs, exécution, gestion et évaluation. Le projet devrait être conçu, et les coûts, déterminés, selon le principe du moindre coût. La planification devrait faire partie intégrante de la conception et être à horizon mobile; l'exécution y gagnerait en rigueur aussi bien qu'en souplesse, ce qui permettrait non

seulement de tenir compte des atouts et des handicaps révélés par l'exécution, mais aussi d'en tirer parti ou de les corriger. Une évaluation plus globale et rigoureuse de la capacité institutionnelle aurait ainsi permis de concevoir le projet différemment et de prévoir des mesures de renforcement de cette capacité.

4.9 *Gestion du projet.* Trois grandes leçons se dégagent de l'analyse des insuffisances du projet en matière de gestion, et il faudra en tenir compte pour les opérations futures : tout d'abord, l'équipe du projet, doit être suffisamment rompue aux procédures et aux exigences de la Banque; ensuite, il faut améliorer les mécanismes de coordination et de communication entre les différents chargés de programmes; et enfin, il convient de minimiser la rotation du personnel de gestion des programmes et des prestataires de services. L'exécution a aussi révélé qu'il importait d'incorporer davantage, et de manière plus systématique, les activités du projet aux opérations du Ministère de la santé, tant au niveau de l'administration centrale que dans les services périphérique. Cela permettrait, entre autres, de fixer les priorités de manière plus objective et transparente dans le cadre du projet et d'attribuer les responsabilités de gestion et d'exécution des programmes suivant la structure hiérarchique du Ministère de la santé. Il faudrait savoir mieux exploiter les occasions de régler rapidement les problèmes d'exécution. À cet égard, la procédure d'examen à mi-parcours aurait pu être mieux mise à profit. Qui plus est, il faudrait soigneusement étudier les problèmes soulevés dans les aide-mémoire des missions de supervision et s'efforcer de les résoudre. Contrairement à ce qui a été fait dans le cadre du projet considéré, il conviendrait aussi d'établir régulièrement des rapports d'exécution (trimestriels ou semestriels), de manière à pouvoir cerner et régler de manière efficace et efficiente les problèmes éventuels.

RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION
RÉPUBLIQUE DU NIGER
PROJET DE SANTÉ
(Crédit 1668-NIR)

PARTIE II : DONNEES STATISTIQUES

Tableau 1 :	Résumé des évaluations
Tableau 2 :	Prêts/crédits connexes de la Banque
Tableau 3 :	Calendrier du projet
Tableau 4 :	Décaissements du prêt/crédit : montants estimatifs et effectifs cumulés
Tableau 5 :	Indicateurs clés de l'exécution et du fonctionnement du projet
Tableau 6 :	Études faisant partie du projet
Tableau 7A :	Coûts du projet
Tableau 7B :	Financement du projet
Table 8:	Coûts et avantages économiques
Table 9:	Respect des clauses juridiques
Table 10:	Respect des Directives du Manuel opérationnel
Table 11:	Ressources de la Banque : apports en personnel
Table 12A:	Ressources de la Banque : missions
Table 12B:	Ressources de la Banque : missions de supervision

Tableau 1 : Résumé des évaluations

A. <u>Réalisation des objectifs</u>	<u>Substantielle</u>	<u>Partielle</u>	<u>Négligeable</u>	<u>Sans objet</u>
Politiques macroéconomiques	☐	☐	☐	☒
Politiques sectorielles	☒	☐	☐	☐
Objectifs financiers	☐	☒	☐	☐
Développement institutionnel	☐	☒	☐	☐
Objectifs matériels	☒	☐	☐	☐
Réduction de la pauvreté	☐	☒	☐	☐
Problématique hommes-femmes	☐	☒	☐	☐
Autres objectifs sociaux	☐	☒	☐	☐
Objectifs environnementaux	☐	☐	☐	☒
Gestion du secteur public	☐	☒	☐	☐
Développement du secteur privé	☐	☒	☐	☐
Formation et technologie	☐	☒	☐	☐
Autres (spécifier)	☐	☐	☐	☐

B. <u>Viabilité à long terme du projet</u>	<u>Probable</u>	<u>Peu probable</u>	<u>Incertaine</u>
	☒	☐	☐

C. <u>Performance de la Banque</u>	<u>Très satisfaisante</u>	<u>Satisfaisante</u>	<u>Insuffisante</u>
Identification	☐	☒	☐
Aide à la préparation	☐	☒	☐
Évaluation	☐	☒	☐
Supervision	☐	☐	☒

D. <u>Performance de l'Emprunteur</u>	<u>Très satisfaisante</u>	<u>Satisfaisante</u>	<u>Insuffisante</u>
Préparation	☐	☒	☐
Exécution	☐	☒	☐
Respect des clauses	☐	☒	☐

E. <u>Résultats</u>	<u>Très satisfaisants</u>	<u>Satisfaisants</u>	<u>Insuffisants</u>	<u>Très insuffisants</u>
	☐	☒	☐	☐

Tableau 2 : Prêts/crédits connexes de la Banque

Titre du prêt/crédit	Objet	Année d'approbation	Situation
<i>Opérations précédentes</i>			
Sans objet			
<i>Opérations ultérieures</i>			
Projet de population	Le projet devait aider le Gouvernement à mettre en place un programme national efficace visant principalement à accélérer la tendance à la baisse de la fécondité qui s'amorce, en accroissant aussi rapidement que possible le taux d'utilisation des contraceptifs, en réduisant la mortalité maternelle, en encourageant les comportements favorables à la réduction du nombre d'enfants par famille, et en donnant aux femmes les moyens de mieux participer au développement socioéconomique.	1992	Supervision
Projet de santé II	Le projet devait aider le Ministère de la santé publique à exécuter le « Plan de développement sanitaire ». Il vise à améliorer la qualité et la couverture des services de santé de base afin de réduire la morbidité et la mortalité, en créant et en appuyant un système de districts sanitaires. Il s'agit de restructurer et de renforcer le secteur pharmaceutique, afin de mettre les médicaments génériques davantage à la disposition et à la portée de l'ensemble de la population nigérienne. On prévoit également d'améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur par des interventions visant à renforcer et à décentraliser la gestion stratégique et la gestion des ressources. Il s'agira aussi de développer et de bien exploiter la capacité du secteur de la santé, en s'efforçant de mieux mesurer la capacité des divers intervenants et de l'utiliser de manière plus efficace, en commençant aux niveaux périphériques.	Fixée à 1996	Évaluation

Tableau 3 : Calendrier du projet

Étapes du cycle du projet	Date prévue	Date effective/ derniers résultats
Identification (Fiche de projet)	01/81	02/82
Préparation	06/81	02/83
Évaluation	11/84	06/85
Négociations	11/85	02/86
Déclaration de politique de développement (le cas échéant)	s/o	s/o
Présentation au Conseil	01/86	03/86
Signature	04/86	04/86
Entrée en vigueur	07/86	11/86
Achèvement du projet	12/92	06/95
Clôture du crédit	06/93	06/95

**Tableau 4 : Décaissements du prêt/crédit : montants estimatifs et effectifs cumulés
(millions de dollars)**

Exercice et trimestre de la Banque	Estimation à l'évaluation	Chiffres effectifs	Chiffres effectifs en % de l'estimation
1987	2.5	1.35	54
1988	6.4	5.18	81
1989	11.4	8.08	71
1990	17.2	12.89	75
1991	22.0	16.01	73
1992	25.6	19.04	74
1993	27.8 ^{a/}	24.05	87
1994		25.68	s.o
1995		34.90	s.o
1996		37.10	s.o

Date du dernier décaissement : 14 novembre 1995 (les chiffres ci-dessus sont tirés de la base de données du prêt au 28 novembre 1995).

^{a/} Du montant négocié équivalant à 27,8 millions de dollars, un total de 0.44 million de dollars a été annulé, dont 0.41 pour infraction aux règles de passation des marchés, et 0.03 pour non-utilisation des fonds du crédit.

Tableau 5 : Indicateurs clés d'exécution et de déroulement du projet

I. Résumé

	Prévisions du Rapport d'évaluation	Résultats
Partie A. Ajustement du secteur santé (MDP et MSP)		
1. Études :		
a) Système de frais hospitaliers	1	a/
b) Rapport coût-efficacité des équipements du centre hospitalier universitaire	1	a/
c) Rapport coût-efficacité des opérations et services de santé de base	1	1
d) Gestion financière du MSP, dont plan de gestion hospitalière	1	a/
e) Recouvrement des coûts des services de santé de base au niveau local	1	1
f) Amélioration de la distribution de médicaments essentiels	1	1
2. Sous-projets (application des recommandations résultant des études ci-dessus et de certaines activités clés convenues entre le Gouvernement et l'IDA)	n.d.	8
a) Direction des études et de la programmation (DEP)		
b) Direction de la prévention sanitaire et de l'assainissement		
c) Direction des pharmacies et laboratoires (DPHL)		
d) ONPPC		
e) Centre national antituberculeux (CNAT)		
f) Enquête sur les aspirations des jeunes au Niger		
g) Programme MST/SIDA		
h) Recensement général de la population 1988		
3. Appui aux initiatives gouvernementales concernant		
a) La mise en place de mesures de recouvrement des coûts pour les services de santé de base	0	1
4. Gestion sectorielle		
a) Organisation d'assemblées annuelles réunissant tous les organismes d'aide participant au financement d'activités dans le secteur de la santé au Niger	1/an	ad hoc

a/ Ces études ont été combinées en une seule.

**Partie B. Services de planification familiale et de santé de base
(MSP en collaboration avec les Ministères de l'éducation
nationale, de l'enseignement supérieur, des travaux publics
et du logement entre autres)**

Prévisions

Résultats

I. Renforcement et extension des services de soins de santé :

**a) Amélioration, réhabilitation et équipement des
formations sanitaires**

113

110

Dispensaires ruraux

51

PMI/maternités

23

Postes médicaux

4

Centres médicaux

3

Blocs sanitaires

29

Autres locaux :

n.d.

Logements du personnel

20

Bureaux de l'ONPPC

2

Bureau EPS

1

Hangars PEV

45

Antennes régionales EPS

6

Magasin CNSF

1

Centres de vaccination

2

Garage SERPA

1

Équipement d'entreposage (SERAM, SERMEX)

2

Clôture des installations sanitaires

12

Centres de nutrition

2

**b) Évaluation de l'efficacité des systèmes actuels
d'entretien des équipements sanitaires (SERAM,
SERMEX, SERPA) :**

i) AT (4 mois) pour élaborer un programme
d'entretien efficace et peu coûteux;

1

1

ii) AT (2 mois) pour renforcer le système
d'entretien existant

1

1

iii) Véhicules (SERAM, SERMEX)

4

4

iv) Équipement (SERMEX, SERPA, SERAM)

3

3

v) Formation du personnel

- ingénieur chargé de l'entretien et de la réparation
du matériel médical et chirurgical

1

0

- mécaniciens chargés de l'entretien des véhicules

3

0

- techniciens de la réfrigération

3

8

- formation continue pour les techniciens de SERAM

n.d.

150

	Prévisions	Résultats
--	------------	-----------

c) Programme national de lutte contre le paludisme

i) stock initial de chloroquine et création d'un fonds renouvelable	1	1
ii) matériel de diagnostic/laboratoire pour 3 centres médicaux donnés	3	3
iii) formation du personnel et bourses :	6	3
- assistants de laboratoires	2	2
- médecin spécialiste de l'entomoparasitologie	5	3
- ingénieurs sanitaires	3	3
- voyages d'études sur la lutte contre le paludisme	1	0
- coordonnateur santé publique du PNLCP		
- coordonnateur du PNLCP et un spécialiste de la gestion des ressources et de l'économie de la santé	2	0
- coordonnateur du PNLCP spécialiste du paludisme et de la lutte anti-paludique	1	0
- ateliers et séminaires	7	6
iv) éducation communautaire	1	1
v) appui logistique à la supervision et au suivi des activités de lutte contre le paludisme :		
- véhicules	4	4
vi) étude sur la faisabilité d'un programme de lutte antivectorielle contre le paludisme (2 mois d'AT)	1	1

d) Coordination et gestion d'un Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques

i) AT (2 mois) pour mettre en place le programme de suivi et la capacité d'évaluation	1	1
ii) AT (5 mois) pour faciliter l'évaluation périodique du programme	1	1
iii) Appui logistique au Bureau du projet	1	1
- véhicules		
iv) Formation du personnel :		
- gestion des programmes de santé	4	2
- santé publique	1	1
- ateliers et séminaires	2	2
v) Programme d'IEC	1	1

e) Programme élargi de vaccination (PEV)

i) AT (6 mois) pour suivre et évaluer le programme et réaliser une étude sur la morbidité et la mortalité liées aux maladies visées par le PEV en vue de la constitution d'une		
--	--	--

	Prévisions	Résultats
base de données initiale	1	1
ii) acquisition de vaccins	1	1
iii) chaîne du froid	1	1
iv) équipement de vaccination pour les structures fixes et les centres mobiles :		
- nombre de centres fixes	n.d.	343
- centres avancés	n.d.	199
- centres mobiles	n.d.	22
v) véhicules	16	16
vi) vaccins et chaîne du froid et matériel de vaccination pour unités mobiles	1	1
vii) formation du personnel:		
- introduction du PEV	1	1
- gestion du PEV à l'intention des responsables	1	1
- ateliers et séminaires	4	4
viii) coûts différentiels d'exploitation	1	1
<u>f) Services de santé maternelle et infantile et antenne SMI</u>		
i) acquisition de véhicules	23	18
ii) mobylettes	119	78
iii) matériel:		
- pèse-bébés	52	52
- machines à coudre et accessoires	10	15
iv) dépenses de fonctionnement pour consultations et visites à domicile dans les villages		
v) séminaires	5	3
vi) formation de personnel: travailleurs sociaux	10	5
<u>g) Expansion des activités de planification familiale</u>		
i) initiatives au niveau des services de planification familiale en vue de l'élaboration d'une Politique nationale de population	1	1
ii) réfection des équipements destinés au Programme national de PF pour le stockage des contraceptifs	1	0
iii) acquisition de matériel gynécologique pour les centres de SMI (Niamey, Dosso, Tahoua, Maradi, Zinder, Diffa et Agadez) et les installations sanitaires rurales	7	7
iv) acquisition de contraceptifs pour les centres SMI et les installations sanitaires rurales	1	1

	Prévisions	Résultats
v) réalisation de campagnes d'information publique sur la santé et la planification familiales	1	1
vi) AT (9 mois) pour examiner dans quelle mesure la PF est acceptée dans 3 départements en vue d'affiner le programme	1	1
vii) formation spécialisée pour :		
- gynécologues (3)	3	3
- pédiatres (3)	3	2
- spécialistes de santé familiale/PF	70	225
2. Développement de l'éducation pour la santé et de la participation des collectivités aux activités de santé et de nutrition		
<u>a) Mise au point d'un programme approprié d'éducation pour la santé prévoyant :</u>		
i) la définition d'un programme national d'IEC	1	1
ii) l'acquisition de matériel technique et un appui logistique (véhicules) aux écoles et aux directions	1	1
iii) une AT (1 mois) pour parachever le programme de travail de la division et perfectionner les méthodes de travail		
une AT spéc. sciences sociales (6 mois) pour études de terrain;	1	1
une AT spéc. média (4 mois/an)		
iv) une formation à l'étranger et des voyages d'études pour certains membres du personnel des divisions et des responsables de l'éducation sanitaire	3	3
v) la nomination de 7 responsables de l'éducation sanitaire dans chacun des 7 départements	7	7
<u>b) Développement de la participation communautaire aux activités de santé et de nutrition et élaboration d'une politique de nutrition par divers moyens :</u>		
i) définition d'une Politique nationale de nutrition :		
atelier sur l'adoption du document de Politique nationale de nutrition	1	1
	1	0
ii) élargissement du projet pilote OMS-UNICEF en cours à une soixantaine de villages (dans 3 régions : Zinder, Maradi et Dosso)	60	10
iii) fourniture de matériel et appui logistique au niveau régional :		
véhicules	2	2

	Prévisions	Résultats
motocyclettes	0	4
matériel	2	2
iv) matériel et matériaux pour projets villageois	60	10
v) AT (3 mois) pour mettre au point un système de surveillance de la nutrition et l'intégrer à un système villageois d'information sur la santé	1	1
vi) enquête KAP	1	1
vii) salaires de 6 personnes formées pour assurer la fonction d'animateur et établir des contacts avec les villages (2 par région)	1	0
viii) séminaires visant à doter certains villages d'un programme opérationnel en matière de nutrition et d'approvisionnement alimentaire	20	20
ix) voyages d'études pour le personnel de la division nutrition	0	1
x) formation de personnel en matière de nutrition	1	0

3. Amélioration des qualifications du personnel de santé (MSP et Ministère de la culture et des communication)

a) appui à la création d'un programme pour la formation régulière en cours d'emploi et la supervision régulière sur le terrain du personnel paramédical par divers moyens :

i) acquisition d'équipement et de matériels de formation	1	1
ii) appui logistique et coûts d'exploitation : véhicules	1	1
iii) AT (4 mois) pour appuyer l'exécution et l'évaluation du programme	1	1
iv) subventions pour mémoires/thèses	25	10
v) séminaires	1	1
vi) bourses d'étude : formation spécialisée des cadres	203	109
vii) formation courte pour le personnel de santé	190	109
viii) cours de recyclage pour le personnel	n.d.	133
ix) voyages d'études	n.d.	19

n.d = non défini.

Tableau 6 : Études faisant partie du projet¹

Étude (Organisme de financement)	Objet défini à l'évaluation/ redéfini	Situation	Impact de l'étude
PARTIE A. AJUSTEMENT DU SECTEUR SANTE			
1. Système de paiement des frais hospitaliers (USAID) : cette étude a été réalisée dans le cadre des Études sur la gestion hospitalière.	Révision de la législation régissant les frais hospitaliers et leur application en vue d'améliorer le recouvrement des coûts dans les hôpitaux nationaux et les CHD.	Achevée en 1992	Ces études ont révélé le déséquilibre existant entre la tarification en place et le coût effectif des soins de santé au niveau tertiaire. Cette conclusion a conduit à une série d'études exécutées en 1994, proposant la réforme des systèmes hospitaliers et de tarification.
2. Rapport coût-efficacité des propositions concernant l'utilisation des équipements du Centre hospitalier universitaire (USAID) : cette étude a été combinée avec l'étude sur la gestion hospitalière (voir point 1 ci-dessus).	Analyse de l'efficacité de diverses propositions par rapport à leur coût, notamment a) le transfert de certains services de l'hôpital national de Niamey au centre hospitalier universitaire; et b) la mise en place de services destinés à réduire les évacuations à l'étranger (voir point 1 ci-dessus).	Voir point 1 ci-dessus.	Voir point 1 ci-dessus.
3. Rapport coût-efficacité des Opérations et services de santé de base (USAID).	Analyse des services de santé de base pour en accroître l'efficacité par rapport au coût et améliorer la gestion et l'utilisation des ressources	Achevée en 1989.	Les conclusions de l'étude ont permis d'élaborer des systèmes de recouvrement des coûts et de réaliser l'étude mentionnée au point 5 ci-dessous.

¹ La plupart des études envisagées au titre de la Partie A du projet ont été financées par un don de l'USAID, dans le cadre du Programme de développement du secteur de la santé. Deux études seulement ont été financées par le projet : l'Étude sur le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et l'Étude sur les programmes régionaux de santé.

Étude (Organisme de financement)	Objet défini à l'évaluation/ redéfini	Situation	Impact de l'étude
4. Gestion financière et gestion hospitalière (USAID). Cette étude a porté sur le budget national de santé et sur l'allocation des ressources financières, notamment aux secteurs hospitalier et non hospitalier. (Cette étude a été réalisée dans le cadre des études mentionnées aux points 1 et 2 ci-dessus).	Analyse des pratiques actuelles de gestion et de comptabilité financières en vue d'améliorer le système de gestion financière sur l'ensemble du secteur de la santé; et analyse des pratiques actuelles de gestion hospitalière en vue d'améliorer le rapport coût-efficacité des services hospitaliers.	Achevée en 1991	Les hôpitaux nationaux se sont vu accorder une plus grande autonomie financière et gestionnelle. Cette réforme a été à l'origine d'améliorations tant au niveau de la mobilisation des ressources que des pratiques de gestion hospitalière.
5. Recouvrement des coûts des services de santé de base (USAID/IDA). Cette étude a été réalisée dans le cadre de l'étude visée au point 3 ci-dessus.	Analyse des diverses formules de recouvrement des coûts des services de santé de base, élaboration d'un système de tarification et recommandations en vue de son application pour aider le MSPAS à mettre en oeuvre sa politique de recouvrement des coûts à tous les niveaux de services.	Achevée en 1993.	Les conclusions de l'étude ont permis d'élaborer la loi récemment adoptée sur le recouvrement des coûts applicables aux soins de santé primaires et non tertiaires.
6. Extension du système de distribution des produits pharmaceutiques (IDA). Également connue sous le nom de Pratiques d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques.	Analyse des pratiques actuelles en matière d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques et recommandations en vue d'accroître la disponibilité de ces produits pour l'ensemble de la population.	Achevée en 1991.	Suivant les recommandations de l'étude, le MSP a créé deux organes chargés d'aider à définir une politique pharmaceutique et à réglementer le secteur pharmaceutique. Il s'agit de l'Inspection générale des pharmacies et de la Direction des pharmacies et laboratoires. Il reste à mettre la dernière main à la politique pharmaceutique pour établir un système fiable d'offre et de distribution de médicament essentiels.

Étude (Organisme de financement)	Objet défini à l'évaluation/ redéfini	Situation	Impact de l'étude
7. Programmes sanitaires régionaux (IDA).	Pas prévu à l'évaluation. Une série d'études sur les programmes régionaux de santé ont été financées par le projet. Elles avaient pour but d'analyser : a) la situation socio-économique du Niger; b) le système de soins de santé; et c) le financement, l'organisation et la gestion du système de santé.	Achevée en 1993	Ces études contenaient des recommandations et des propositions sur la décentralisation du système de soins de santé, les mécanismes de financement de la santé et la promotion du secteur privé. Les conclusions de ces études ont aussi été prises en compte dans l'élaboration du « Plan de développement sanitaire 1994-2000 ».

PARTIE B. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DE SANTE DE BASE

Programme de lutte contre le paludisme :

1. Étude sur la faisabilité d'un Programme de lutte anti-vectorielle.	Faisabilité et conception d'un programme de lutte anti-vectorielle	Achevée en 1989.	L'étude a révélé le mode de transmission ordinaire au Niger et le traitement d'un meilleur rapport coût-efficacité disponible
2. Études de sensibilisation.	Étude de ce que sait la population du paludisme et de son traitement, en vue de cibler les activités d'éducation dans le domaine de la santé	Achevée en 1992	Les résultats de cette étude ont conduit à la création d'un fonds renouvelable qui devait garantir en permanence la disponibilité de chloroquine. Selon les résultats d'une étude KAP en 1992, 80 % des interviewés savaient qu'ils traversaient une période de forte transmission, 87 % connaissaient les principaux symptômes de la maladie, mais 31 % seulement avaient entendu parler de la chloroquine.

Étude (Organisme de financement)	Objet défini à l'évaluation/ redéfini	Situation	Impact de l'étude
PEV : 1. Enquête sur la morbidité et la mortalité dues aux maladies visées par le PEV.	Évaluation de l'entrée en vigueur du PEV.	Achevée en 1988	Il ressortait d'une enquête nationale que les objectifs de couverture avaient été pratiquement atteints pour l'année 1988 (80 %), mais qu'il y avait des écarts importants entre la couverture des zones urbaines (meilleure) et celle des zones rurales.
Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques :			
1. Études d'évaluation.	Évaluation des diverses mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques	Achevée en 1988	Pas d'observations
Éducation pour la santé :			
1. Étude de l'environnement.	Étude du degré de connaissances et de sensibilisation de la population aux problèmes de santé en vue de définir et de cibler les interventions appropriées.	Achevée.	Devait servir de base à une campagne nationale d'ICC

Tableau 7A : Coûts du projet
(en millions de dollars)

Composantes du projet	Estimation à l'évaluation			Chiffres effectifs/dernière estimation		
	Coûts en monnaie nationale	Coûts en devises	Total	Coûts en monnaie nationale	Coûts en devises	Total
PARTIE A. REFORME DES POLITIQUES						
1. Études sur la définition des politiques	0.0	0.3	0.3	0.2	1.3	1.5
2. Fonds pour l'exécution de sous-projets	1.5	1.8	3.3	1.2	1.8	3.0
Total Partie A	1.5	1.8	3.6	1.4	3.1	4.5
PARTIE B. RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ DE BASE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE						
1. Renforcement des services existants	5.3	7.9	13.1	9.7	13.6	23.3
2. Développement de l'éducation pour la santé et de l'initiative communautaire en matière de santé et de nutrition	0.7	0.9	1.6	2.2	2.8	5.0
3. Amélioration des qualifications du personnel de santé	1.0	2.3	3.3	1.3	3.8	5.1
Total Partie B	7.0	11.1	18.1	13.2	20.2	33.4
PARTIE C. GESTION ET ADMINISTRATION DU PROJET	0.4	1.0	1.4	1.4	1.2	2.6
PARTIE D. REMBOURSEMENT DE L'AVANCE PPF	0.3	0.7	1.0	0.1	0.1	0.2
Total coûts de base	9.2	14.9	24.1	16.1	24.6	40.7
Provisions pour imprévus	0.5	0.9	1.4	n.d.	n.d.	n.d.
Provisions pour hausse des prix	1.5	2.4	3.8	n.d.	n.d.	n.d.
TOTAL COÛTS DU PROJET	11.2	18.2	29.3	15.5	24.6	40.7

Sources : Rapport d'évaluation No 5937-NIR des services de la Banque; Bureau du projet; Rapport d'audit du projet 1995; Base de données du prêt au 28 novembre 1995.

Tableau 7B : Financement du projet
(en millions de dollars)

Source	Estimations à l'évaluation			Chiffres effectifs/dernière estimation		
	Coûts en monnaie nationale	Coûts en devises	Total	Coûts en monnaie nationale	Coûts en Devises	Total
IDA	9.6	18.2	27.8	13.5	24.6	37.1
Institution de cofinancement	N.D.	N.D.	N.D.	0.8	0.0	0.8
Autres sources extérieures	N.D.	N.D.	N.D.	0.2	1.0	1.2
Contribution nationale	1.5	0.0	1.5	1.6	0.0	1.6
TOTAL	11.1	18.2	29.3	16.1	24.6	40.7

Source : Rapport d'évaluation des services de la Banque. Rapport No 5937-NTR: Bureau de gestion du projet; Rapport d'audit du projet 1995; et Base de données du prêt au 28 novembre 1995.

Note : Institution de cofinancement : Le Gouvernement des Pays-Bas a accordé l'équivalent de 1.4 million de florins en mai 1994 à l'appui du budget. Sources extérieures : un don imprévu de l'USAID équivalant à 600 millions de francs CFA a été accordé pour le financement des études envisagées au titre de la Partie A du projet.

Tableau 8 : Coûts et avantages économiques

Rien n'ayant été fait à l'évaluation pour tenter de calculer la valeur actuelle nette (VAN) ou le taux de rentabilité économique (TRE) du projet, on ne dispose d'aucune estimation de référence avec laquelle comparer, à des fins d'évaluation, une nouvelle estimation.

Tableau 9 : Respect des clauses juridiques

Accord	Section	Type de clause	Situation actuelle	Date initiale d'exécution de la clause	Nouvelle date d'exécution	Description de la clause	Observations
Cr. 1668-NIR	3.01 (b)	10	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	Sans préjudice des dispositions du paragraphe (a) de la présente Section, l'Emprunteur exécute le Projet conformément au Calendrier d'exécution de l'Annexe 4 au présent Accord, sous réserve des modifications que l'Emprunteur et l'Association pourraient convenir de lui apporter.	Le programme pilote de recouvrement des coûts a été achevé. La Loi sur la généralisation du système de recouvrement des coûts a été adoptée en juin 1995 par l'Assemblée nationale. L'étude sur le système de passation des marchés/distribution des médicaments essentiels a été achevée. D'autres études qu'il était initialement prévu d'exécuter dans le cadre du projet ont été réalisées dans le cadre d'un don de l'USAID.
	3.02	10	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	À moins que l'Association n'en convienne autrement, la passation des marchés de fournitures, de travaux et de services nécessaires au Projet et devant être financés au moyen des fonds du Crédit, est régie par les dispositions de l'Annexe 3 au présent Accord.	Des irrégularités portant sur un montant de 111 millions de francs CFA ayant été découvertes dans la passation des marchés, ce montant a été annulé du crédit. Le Gouvernement a remboursé au total 140 millions de francs CFA.
	3.03	9, 10	PR	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	Chaque année, l'Emprunteur : i) organise une réunion de tous les organismes d'aide qui participent au financement de son secteur de la santé pour examiner les progrès accomplis dans ledit secteur et coordonner les aides supplémentaires.	Il n'y a pas eu de réunions officielles, mais un certain nombre de consultations et discussions informelles ont eu lieu entre les bailleurs de fonds et le Gouvernement. Ces réunions se sont révélées très utiles (ex. : recouvrement des coûts-USAID; nutrition, PFEV-Unicef, médicaments essentiels-FED).
	3.03	2, 4	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	ii) examine en détail avec l'Association tous les investissements effectués dans le secteur durant l'année écoulée et tous ceux qui sont prévus pour les trois années suivantes, y compris les implications pour les charges récurrentes, indépendamment de l'origine des fonds destinés à financer ces investissements;	L'Association a poursuivi son examen des autres investissements du secteur et modifié le projet en conséquence.

Accord	Section	Type de clause	Situation actuelle	Date initiale d'exécution de la clause	Nouvelle date d'exécution	Description de la clause	Observations
	3.03	2, 4	PR	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	iii) examine en détail avec l'Association l'affectation du budget ordinaire pour soutenir l'ajustement du secteur de la santé.	Le dernier examen a eu lieu durant la préparation du Document-cadre de politique économique en 1993
	3.04	2	NR	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	L'Emprunteur ouvre et tient, par l'intermédiaire de l'ONPPC, un compte auprès d'une banque commerciale, selon des termes et modalités convenus d'un commun accord entre l'Emprunteur et l'Association, pour financer exclusivement la reconstitution des stocks de chloroquine destinés au programme de lutte contre le paludisme, au titre de la Partie A.1 (i) du Projet. Tous les produits de la vente de chloroquine financée dans le cadre du Projet seront déposés audit compte.	L'audit 1994 du compte chloroquine a révélé que, le produit des ventes n'ayant pas été déposé audit compte, celui n'a pas pu fonctionner comme un fonds renouvelable. En novembre 1995, l'ONPPC a déposé sur ce compte 122 millions de francs CFA pour lesquels une proposition du Gouvernement concernant l'utilisation des fonds a été convenue avec l'IDA. Le compte sera clos dès que le dernier paiement pour régler les dépenses aura été effectué.
	3.05	9, 10	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	Afin d'exécuter la Partie B du Projet, l'Emprunteur soumet à l'Association, le 31 juillet au plus tard de chaque année, pour examen et approbation, les plans annuels de formation en cours d'emploi, y compris les propositions de voyages d'études et de bourses prévues dans le cadre du projet pour certains membres du personnel de santé.	Cette clause a été respectée chaque année dans le cadre du « Plan annuel de mise en oeuvre » préparé par le Gouvernement.
	3.06	4	PR	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	Sans préjudice du caractère général des dispositions de la Section 3.01 (a) du présent Accord, l'Emprunteur ouvre un compte auprès d'une banque commerciale et y dépose un montant de 30 000 000 de francs CFA. Ce compte est géré par le BP et reconstitué tous les mois par l'Emprunteur à la demande du BP. Les retraits de ce compte sont effectués uniquement aux fins d'acquitter la contribution en monnaie nationale de l'Emprunteur qui n'est pas financée sur les fonds du Crédit	En l'absence de fonds de contrepartie, la mise en oeuvre des activités du projet a posé de grandes difficultés jusqu'au début de 1994. À cette époque, le Gouvernement néerlandais a appuyé le budget du projet avec une aide équivalant à 4 million de florins. Après la date de clôture du projet, le Gouvernement a décidé d'affecter le solde de cette aide à la réfection d'un hangar de l'ONPPC et à l'achat de vaccins anti-méningite et d'autres articles essentiels pour

Accord	Section	Type de clause	Situation actuelle	Date initiale d'exécution de la clause	Nouvelle date d'exécution	Description de la clause	Observations
							le secteur. Le rapport montre aussi que le Gouvernement a remboursé la totalité des arriérés accumulés au titre du financement de contrepartie.
	3.07	10	PR	12/31/86	12/31/86	I. L'Emprunteur prépare, en collaboration avec l'Association, et soumet à l'Association, pour approbation, des plans d'action détaillés, au plus tard : i) le 31 décembre 1986, pour la supervision des agents sanitaires de terrain;	Un plan de supervision a été préparé mais n'a pas été appliqué comme il convenait, en raison des difficultés de financement du budget ordinaire.
	3.07	10	R	01/31/87	01/31/87	ii) le 31 janvier 1987, pour le système d'entretien applicable aux infrastructures sanitaires secondaires comprenant des plans efficaces et peu coûteux;	Longs retards dans la définition du système d'entretien, en raison de la capacité limitée de la Direction de l'infrastructure. Ingénieur civil recruté pour aider à définir un système d'entretien et assurer le suivi de l'exécution.
	3.07	10	R	03/31/87		iii) le 31 mars 1987, pour le système de surveillance de la nutrition, accompagné d'un projet de calendrier d'exécution	Un « Programme national d'action de nutrition » a été élaboré. Des indicateurs de nutrition ont été intégrés au SNIS avec le concours financier de l'USAID. Cet organisme a fourni les données nécessaires à l'établissement d'un système de surveillance de la nutrition.
	3.08	10	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	I. L'Emprunteur prépare et soumet à l'Association au plus tard le 1er septembre de chaque année : a) les résultats de l'évaluation de la dernière campagne de vaccination; et b) un programme de vaccination pour la campagne suivante, jugé satisfaisant par l'Association.	I. l'évaluation a été réalisée en 1994. Le programme de vaccination entre dans le cadre des activités journalières des services de santé. Des rapports trimestriels sur la campagne de vaccination ont aussi été communiqués à l'OMS/Unicef et à l'IDA.

Accord	Section	Type de clause	Situation actuelle	Date initiale d'exécution de la clause	Nouvelle date d'exécution	Description de la clause	Observations
	4.01 (a)	2	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	L'Emprunteur tient ou fait tenir les écritures et comptes nécessaires pour enregistrer, conformément à de bonnes pratiques comptables, les opérations, ressources et dépenses relatives au Projet, des services ou organismes de l'Emprunteur chargés d'exécuter tout ou partie du Projet.	Le fait que des irrégularités ont été relevées dans la passation des marchés et que les fonds ont été mal employés dès le début du projet a eu plusieurs conséquences : le directeur et le comptable du projet ont été limogés, un montant de 111 millions de francs CFA a été annulé du Crédit, et le Gouvernement a remboursé 140 millions de francs CFA au Crédit. On a eu du mal à tenir la comptabilité du fonds renouvelable de chloroquine et celle du compte spécial pour le recensement de la population 1988.
	4.01 (b)	2	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	L'Emprunteur : i) fait vérifier les écritures et comptes visés au paragraphe (a) de la présente Section, y compris le Compte Spécial, le Compte Local d'Avances et le fonds renouvelable de chloroquine pour chaque exercice, conformément à des principes d'audit appropriés et systématiquement appliqués, par des auditeurs indépendants jugés acceptables par l'Association. ii) fournit à l'Association dans les meilleurs délais, et dans tous les cas six mois au plus tard après la clôture de l'exercice auquel il se rapporte, une copie certifiée conforme du rapport d'audit desdits auditeurs dont la portée et les détails ont été raisonnablement fixés par l'Association; iii) fournit à l'Association tous autres renseignements concernant lesdits comptes et leur audit et lesdites écritures que	Tous les audits du projet ont été communiqués à l'IDA; les rapports d'audit de l'exercice 93 attiraient l'attention sur certains problèmes ayant trait à la gestion financière par l'ONPPC du fonds renouvelable de chloroquine, et sur la tenue des écritures du compte spécial pour le recensement de la population 1988. Chaque audit est suivi d'une réunion comprenant le Ministre des finances, le Ministre de la santé, le Secrétaire général de la santé, le Directeur de projet et le personnel de la Mission résidente, qui en examine les conclusions.

Accord	Section	Type de clause	Situation actuelle	Date initiale d'exécution de la clause	Nouvelle date d'exécution	Description de la clause	Observations
						L'Association peut raisonnablement demander.	
	4.01	2	R	Durée de vie du projet	Durée de vie du projet	Pour toutes les dépenses au titre desquelles des retraits du Compte de Crédit sont demandés sur la base de relevés de dépenses, l'Emprunteur : i) tient ou fait tenir, conformément au paragraphe (a) de la présente Section, des écritures et comptes séparés enregistrant lesdites dépenses; ii) conserve, pendant au moins un an après l'achèvement de l'audit se rapportant à l'exercice financier au cours duquel le dernier retrait du Compte de Crédit a été effectué, toutes les écritures (contrats, commandes, factures, notes, reçus et autres pièces) justifiant lesdites dépenses; iii) permet aux représentants de l'Association d'examiner lesdites écritures; et iv) fait en sorte que lesdits comptes séparés soient inclus dans l'audit annuel visé au paragraphe (b) de la présente Section, et que le rapport d'audit concernant lesdits comptes contienne un avis distinct desdits auditeurs indiquant si les fonds retirés du Crédit pour régler lesdites dépenses ont véritablement été utilisés aux fins pour lesquelles ils avaient été fournis.	Voir Section 4.01 (a) et (b) ci-dessus.

Types de clause

- 1 Comptes audits
- 2 Performance financière création de revenus des bénéficiaires
- 3 Fin et utilisation des fonds du projet
- 4 Financement de contrepartie
- 5 Aspects de gestion du projet ou agent d'exécution
- 6 Clauses environnementales
- 7 Réinstallation forcée

Situation actuelle

- R clause respectée
- RR clause respectée avec retard
- PR clause partiellement respectée
- NR clause non respectée

- 8 Population autochtone
- 9 Suivi, examen et rapports
- 10 Exécution du projet
- 11 Allocation sectorielle ou multisectorielle de ressources budgétaires ou autres
- 12 Intervention sectorielle ou multisectorielle des pouvoirs publics/ réglementaire/institutionnelle
- 13 Autre

Tableau 10 : Respect des directives du Manuel opérationnel

Numéro et titre de la Directive	Description du manquement et observations
1. D.O. 11.00 Passation des marchés (par. 81)	Les infractions aux règles de passation des marchés et la mauvaise utilisation des fonds du crédit ont entraîné le limogeage du directeur et du comptable du projet, l'annulation de 111 millions de francs CFA, et le remboursement de 140 millions de francs CFA par le Gouvernement.
2. D.O. 13.05 Supervision du projet (par. 4)	La Banque n'a pas affecté à l'opération suffisamment de ressources, notamment en personnel, compte tenu de la nature, de la complexité et de la taille du projet.
3. D. O. 13.05 Supervision du projet (Annexe D, par. 29)	Quelques clauses juridiques n'ont pas été respectées. Voir Tableau 9, Respect des clauses juridiques, et les Sections 3.03 (i), 3.04 et 4.01 de l'Accord de crédit de développement.

Tableau 11 : Ressources de la Banque : semaines de travail

Etape du cycle du projet	Prévisions		Données révisées		Résultats	
	Semaines	SEU	Semaines	SEU	Semaines	SEU
Preparation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	110.9	162.900
Evaluation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	59.7	80.900
Négociations jusqu'à l'approbation par le Conseil	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	4.5	6.600
Supervision	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	203.6	354.700
Achevement	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	13.2	21.200
TOTAL	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	391.9	626.300

s.o. sans objet.

Source : Systeme de comptabilité des coûts (3 janvier 1996).

Tableau 12A : Ressources de la Banque - Missions

					Notation de la performance		
Etape du cycle du projet	Mois année	Nombre de personnes	Nombre de jours sur le terrain	Specialites representees	Etat d'avancement	Objectifs de developpement	Types de problèmes
A. Jusqu'à l'évaluation							
Reconnaissance I	05 80	1	14	EC			
Reconnaissance II	11 80	3	10	EC, AF, SP			
Identification	02 82	2	12	EC, SP			
Preparation I	06 82	2	5	EC, SP			
Preparation II	10 82	2	2	EC, M. Furst			
Preparation III	02 83	4	14	EC, MF, SP, IEC			
Preparation IV	05 83	1	17	EC			
Preparation V	08 83	3	14	EC, SP, IEC			
Preparation VI	04 84	3	20	EC, FOR			
Preparation VII	07 84	6	10	EC, SP (2), IEC, LCP (2)			
Preparation VIII	10 84	3	21	EC (2), SP			
Préévaluation	02 85	6	10	EC, SP, SMI, LCP ESUP, PEV			
Total A		36	149				
B. De l'évaluation a l'approbation par le Conseil	06 85	7	17	S, EC, ECS, EC, A			
Post-evaluation	09 85	2	5	AO, SP S, AO			
Total B		9	22				
C. De l'approbation par le Conseil jusqu'à l'entrée en vigueur	08/86 09 86	2 2	10 5	PL, GP D, AO			
Total C		4	15				
Supervision	09 86 - 03 94 (15 missions)	41	184	D, ED, POP, SP; MR, AO, A, IC			PRP, RCJ; DF, APM; AAT
Achevement	06-95	9	7	SP (2), AO, MR (2), S, GP, RC, PHA			

Specialite :

A : Architecte; AF : Analyste financier; AO : Analyste des opérations; CP : Chargé de projet; D : Démographe; EC : Economiste; ECS : Economiste de la santé; ED : Educateur; EPV : Spécialiste de l'EPV; ESUP : Spécialiste de l'enseignement supérieur; EN : Spécialiste de l'exécution; FOR : Spécialiste de la formation; GP : Spécialiste de la gestion du projet; IC : Ingénieur civil; IEC : Spécialiste IEC; LCP : Spécialiste de la lutte contre le paludisme; MR : personnel de la Mission résidente; PHA : Spécialiste de la pharmacie; PL : Spécialiste de la planification; POP : Spécialiste de la population; RC : Spécialiste du recouvrement des coûts; S : Spécialiste de la santé; SMI : Santé maternelle et infantile; SP : Spécialiste de la santé publique

Types de problèmes au niveau de la performance :

AAT : Avancement de l'assistance technique; AE : Avancement des études; AF : Avancement de la formation; APM : Avancement de la passation des marchés; DF : Disponibilité des fonds; ODP : Objectifs de développement du projet; PRP : Performance des responsables du projet; RCJ : Respect des clauses juridiques; RD : Retards dans les décaissements; SG : Situation générale

Tableau 12A : Ressources de la Banque - Missions

					Notation de la performance		
Etape du cycle du projet	Mois année	Nombre de personnes	Nombre de jours sur le terrain	Specialites representees	Etat d'avancement	Objectifs de developpement	Types de problemes
A. Jusqu'à l'évaluation							
Reconnaissance I	05 80	1	14	EC			
Reconnaissance II	11 80	3	10	EC, AF, SP			
Identification	02 82	2	12	EC, SP			
Preparation I	06 82	2	5	EC, SP			
Preparation II	10 82	2	2	EC, M. Furst			
Preparation III	02 83	4	14	EC, MF, SP, IEC			
Preparation IV	05 83	1	17	EC			
Preparation V	08 83	3	14	EC, SP, IEC			
Preparation VI	04 84	3	20	EC, FOR			
Preparation VII	07 84	6	10	EC, SP (2), IEC, LCP (2)			
Preparation VIII	10 84	3	21	EC (2), SP			
Preévaluation	02 85	6	10	EC, SP, SMI, LCP ESUP, PEV			
Total A		36	149				
B. De l'évaluation à l'approbation par le Conseil	06 85	7	17	S, EC, ECS, EC, A			
Post-évaluation	09 85	2	5	AO, SP S, AO			
Total B		9	22				
C. De l'approbation par le Conseil jusqu'à l'entrée en vigueur	08 86 09 86	2 2	10 5	PL, GP D, AO			
Total C		4	15				
Supervision	09 86 - 03 94 (15 missions)	41	184	D, ED, POP, SP; MR, AO, A, IC			PRP, RCJ, DF, APM, AAT
Achevement	06 95	9	7	SP (2), AO, MR (2), S, GP, RC, PHA			

Specialite :

A : Architecte; AF : Analyste financier; AO : Analyste des opérations; CP : Charge de projet; D : Démographe; EC : Economiste; ECS : Economiste de la santé; ED : Educateur; EPV : Spécialiste de l'EPV; ESUP : Spécialiste de l'enseignement supérieur; EN : Spécialiste de l'exécution; FOR : Spécialiste de la formation; GP : Spécialiste de la gestion du projet; IC : Ingénieur civil; IEC : Spécialiste IEC; LCP : Spécialiste de la lutte contre le paludisme; MR : personnel de la Mission résidente; PHA : Spécialiste de la pharmacie; PL : Spécialiste de la planification; POP : Spécialiste de la population; RC : Spécialiste du recouvrement des coûts; S : Spécialiste de la santé; SMI : Santé maternelle et infantile; SP : Spécialiste de la santé publique

Types de problemes au niveau de la performance :

AAT : Avancement de l'assistance technique; AE : Avancement des études; AF : Avancement de la formation; APM : Avancement de la passation des marchés; DF : Disponibilité des fonds; ODP : Objectifs de developpement du projet; PRP : Performance des responsables du projet; RCJ : Respect des clauses juridiques; RD : Retards dans les décaissements; SG : Situation générale

ANNEXES

REPUBLIQUE DU NIGER

Projet Santé
(Crédit 1668-NIR)

AIDE-MEMOIRE MISSION DE SUPERVISION FINALE (Draft)

I. Introduction

1. Une mission de la Banque Mondiale a séjourné au Niger du 26 juin au 15 juillet 1995. L'objet de la mission était : (a) d'entreprendre la supervision finale du premier projet Santé financé par l'IDA (Crédit 1668-NIR) dont la date de clôture était le 30 juin 1995, et d'initier conjointement avec le Gouvernement la préparation du rapport final sur l'exécution du projet (RFE); et (b) de revoir et de discuter avec le Gouvernement le travail fait par l'équipe technique chargée de l'élaboration du deuxième projet santé et d'établir un plan d'actions pour la préparation du second projet devant être financé par l'IDA qui sera l'objet d'une éventuelle mission de pré-évaluation.

2. La combinaison de ces deux tâches a permis à la mission de faire l'analyse de réalisations accomplies dans le cadre du premier projet d'une part et d'autre part de prendre en compte pour la conception du deuxième projet les expériences acquises. Un Aide-Mémoire couvrant la préparation du deuxième projet a été préparé séparément. Le présent Aide-Mémoire couvre essentiellement la supervision finale du projet Santé (Crédit 1668-NIR).

3. La mission était composée de Mesdames/Messieurs Denise Vaillancourt, Chef de Mission, Johanne Angers, Analyste des Opérations, Rougui Diallo, Chargée des Programmes, Pierre Nignon, Chargé des Programmes, Régina Amadi, Consultante/Specialiste en Gestion, François Diop, Consultant/Specialiste en Recouvrement des Coûts, Marie-Paul Fargier, Consultante/Pharmacienne, Dr. Sanoussi Konaté, Consultant/Specialiste en Santé Publique, et Aboubacar Magassouba, Consultant/Specialiste en Gestion des Projets.

4. En outre, dans l'esprit d'une meilleure collaboration des intervenants dans le secteur santé, des spécialistes des partenaires du secteur ont également participé et contribué au travail de la mission: Dr. Gaston Sorgho, Assistant au Conseiller Régional en Santé et Hygiène, Ambassade Royale des Pays-Bas, Burkina Faso; Mme. Agatha Pratt, Administratrice Santé, Unicef/Niger; et M. Denis Valot, Administrateur Nutrition/Sécurité Alimentaire, Unicef/Niger.

5. La mission remercie S.E. Monsieur Kalla Ankouraou, Ministre de la Santé Publique, S.E. Madame Dodo Aichatou Mindaoudou, Ministre du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme, Mr. Amsagana Maïna Boukar, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, M. Ibrahim Magagi, Directeur du Bureau du Projet Santé, et tous les Directeurs des Programmes et autres cadres du Ministère de la Santé Publique, le personnel du Bureau du Projet Santé, et les membres de l'équipe chargée de l'élaboration des différents rapports d'évaluation sur le premier projet Santé pour l'excellent accueil réservé à la mission et l'esprit de collaboration qui a prédominé durant le travail.

6. La mission a également tenu des discussions avec les partenaires intervenant dans le secteur de la santé, y compris les agences multilatérales et bilatérales et ONGs. Une liste des personnes rencontrées ainsi que des documents consultés se trouvent en Annexes 1 et 2.

II. Méthodologie

7. L'évaluation finale du projet s'est déroulée suivant une approche participative, et a été le résultat de plusieurs évaluations à différents niveaux:

(a) Le Gouvernement a organisé en mai 1995 à Maradi, un atelier qui a préparé l'évaluation interne du projet. Les participants à cet atelier ont été (i) le personnel du niveau central du Ministère de la Santé, y compris le directeur du projet et les coordinateurs des différentes composantes; (ii) les gestionnaires et le personnel de soins de la pyramide sanitaire; (iii) les représentants des syndicats; (iv) des représentants de différents ministères, et (v) les autorités locales de Maradi. Un rapport d'évaluation interne du projet a été finalisé.

(b) Une enquête auprès des bénéficiaires a été réalisée en juin 1995 dans les départements de Maradi et de Dosso. Cette enquête visait à recueillir l'opinion des communautés sur la situation sanitaire, sur l'impact ressenti par celles-ci par la réalisation du projet, et sur leurs priorités en matière de santé.

(c) Une évaluation externe du projet a été réalisée par un consultant externe local; les principaux axes de sa méthodologie ont été: l'étude documentaire, les entretiens avec les intervenants et les bénéficiaires du projet, et une mission sur le terrain.

(d) La mission santé de la Banque Mondiale a eu des discussions avec les principaux acteurs de l'exécution du projet. La mission a effectué des visites sur le terrain dans le département de Tillabery (Tera, Torodi et Makalondi), dans les Départements de Maradi, de Tahoua (Konni) et de Dosso (Loga), ainsi qu'à Niamey. Ceci a permis d'évaluer les réalisations du Projet Santé et de discuter avec les populations de son impact sur leur milieu. La mission a aussi eu l'occasion de travailler et de discuter avec des administrateurs, des gestionnaires, le personnel de santé dans les formations sanitaires, et avec différentes autorités des Ministères de l'Intérieur, des Finances et du Plan, et de la Fonction Publique. La mission a eu également à analyser les rapports élaborés par les coordonnateurs des programmes sur les composantes du projet. Cela a permis de faire le point sur les résultats obtenus, sur les contraintes et les difficultés rencontrées lors de l'exécution du projet, sur la viabilité des services mis en place, et de tirer les leçons des expériences acquises.

(e) Un atelier de travail final s'est tenu à Niamey du 10 au 11 juillet 1995, et a permis un échange entre les différents partenaires du secteur santé sur les résultats du projet, les succès et les échecs. Il a aussi permis d'acquérir les expériences utiles pour la conception du second projet santé.

III. Rappel des objectifs du projet

8. Le projet avait pour objectif d'aider le Gouvernement à introduire des réformes structurelles dans le secteur de la santé notamment grâce à des études et des programmes de réformes visant à améliorer la planification des investissements, l'affectation des dépenses de fonctionnement, le recouvrement des coûts, l'approvisionnement en médicaments essentiels sous nom générique, la gestion du secteur, et la coordination de l'aide extérieure. Ce projet visait aussi à aider le Gouvernement à définir des mesures en matière de population, de planification familiale et de nutrition. De plus, pour appuyer le programme de réformes sectorielles, le projet avait pour objectif de renforcer les programmes et services de santé prioritaires: (a) protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et les maladies transmissibles; (b) l'éducation pour la santé et les initiatives collectives en matière de santé et de nutrition; (c) la formation du personnel de la santé.

9. Pour réaliser ces objectifs, le projet comportait deux composantes principales:

Partie A. La réforme de la politique sectorielle, comprenant la réalisation d'études et la mise en oeuvre des stratégies à réaliser découlant de ces études ou de l'expérience opérationnelle; et

Partie B. Le renforcement des services de santé de base et du programme de planification familiale, comprenant le renforcement des programmes existants (paludisme, maladies diarrhéiques, vaccinations, protection maternelle et infantile et planification familiale); la promotion de l'éducation sanitaire et celle d'initiatives communautaires dans le domaine de la santé et de la nutrition; et la valorisation du personnel de santé.

IV. Constats de la mission

10. Il faut noter que malgré un environnement politique et économique difficile pendant la durée d'exécution de ce projet, ce dernier a accompli un nombre considérable de réalisations. Bien que l'ensemble des objectifs prévus n'aient pas été réalisés, des progrès importants ont été obtenus avec l'assistance du projet, particulièrement en matière de réformes et à la formulation des politiques du secteur. Un nombre non négligeable de leçons ont aussi été tirées de la conception et de la réalisation de ce projet. Le chapitre qui suit mettra en exergue les constats de la mission, qui seront davantage analysés et développés au cours de la préparation du rapport final d'évaluation. **L'annexe 3** de cet aide-mémoire fournit de plus amples détails sur les constats de la mission pour chacune des composantes du projet.

A. Acquis du projet

11. **Amélioration de la gestion stratégique et de la réforme de la politique sectorielle:** la gestion stratégique du secteur de la santé a connu des améliorations durant la période du Projet avec le transfert de la responsabilité de l'exécution de la partie A du Projet du Ministère du Plan au Ministère de la Santé Publique (MSP). Les capacités institutionnelles du MSP ont été renforcées avec la création de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP) et la Direction des Pharmacies et Laboratoires (DPHL). Ces deux unités jouent actuellement un rôle important dans le domaine de la planification du secteur sanitaire, et de la politique du médicament. Au niveau des services de soins, la transformation des hôpitaux nationaux en établissement public à caractère administratif jouissant d'une plus grande autonomie financière a permis d'améliorer la mobilisation des ressources internes et la gestion de ces hôpitaux. L'adoption par l'Assemblée Nationale en juin 1995, de la loi sur le recouvrement des coûts des soins de santé primaires dans le secteur non-hospitalier a consolidé la mobilisation et la gestion des ressources internes dans le secteur. Ces nouvelles mesures de financement des services de soins ont jeté les bases d'une amélioration de la qualité des services de santé, de l'efficacité et de l'équité du système de santé. Le processus des études et de la planification dans le cadre du Projet a renforcé les capacités de gestion du MSP. Les études ont contribué à une meilleure connaissance des contraintes et faiblesses du système de santé; leurs conclusions et recommandations ont largement contribué à l'élaboration du projet de Plan de Développement Sanitaire 1994-2000 dont l'amélioration et l'adoption offriraient un cadre sectoriel cohérent. Par ailleurs, les résultats des études ont servi de base à la création de la DPHL, à la réforme hospitalière, et à la réforme dans le financement des soins de santé primaires. Enfin, la coordination avec l'USAID et l'UNICEF dans le cadre de l'exécution du Projet a jeté des bases pour une meilleure coordination de l'action des intervenants du secteur de la santé.

12. **Amélioration des compétences en matière de prestations de services:** les différentes formations ont permis d'accroître les compétences du personnel dans le domaine de la planification, de la gestion, de la santé publique, et des prestations de services. Le développement des programmes prioritaires et des infrastructures ont permis d'améliorer la couverture sanitaire. Un comité interministériel a été créé pour la lutte contre le paludisme, et une politique nationale de la nutrition a été définie dans le cadre d'une approche multi-sectorielle. Un certain nombre de progrès ont aussi été réalisés tels qu'une meilleure qualité des prestations de soins que ce soit dans le domaine de la prévention, dans l'augmentation de la capacité d'accueil des formations sanitaires, l'intensification des activités d'IEC et d'EPS, et dans la responsabilisation des communautés pour les activités de santé.

B. Activités non finalisées

13. Le projet n'a cependant pas atteint tous ses objectifs. C'est notamment le cas pour le programme PEV où les objectifs prévus en matière de couverture vaccinale n'ont été atteints qu'à 55%, et en matière de

formation où seules 48% d'entre elles ont été réalisées. C'est aussi le cas pour les équipements et les antennes régionales acquis dans le domaine de l'éducation pour la santé, mais qui ne sont pas utilisés. Enfin, il faut noter qu'il n'y a eu au cours du projet aucune réunion de coordination entre les bailleurs de fonds sur le secteur santé au Niger.

C. Expériences apportées par le projet

14. Un certain nombre d'expériences ont été tirées de l'exécution du projet, qui vont permettre une meilleure approche dans la planification du second projet santé. Ces expériences ont permis de constater les faiblesses à différents niveaux:

(a) au niveau de la prestation des services: absence de supervision effective malgré la préparation par le Gouvernement d'un plan de supervision pour lequel le financement n'a jamais été demandé dans le cadre des fonds alloués aux sous-projets; une politique d'éducation pour la santé inexistante et un très faible accent mis sur la prévention.

(b) au niveau de l'organisation et de la gestion: une mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles; une mauvaise intégration des activités du projet due à la verticalité des programmes; une mauvaise définition des responsabilités à chaque niveau du système sanitaire et des insuffisances dans la gestion stratégique, y compris la programmation, la planification, la budgétisation, la coordination de l'aide, le suivi des résultats des études et l'évaluation des activités.

(c) au niveau du partenariat: la participation communautaire a été faible notamment en ce qui concerne la conception du projet et la prise en compte de leurs demandes et perspectives; de même que la participation des femmes dans cette participation communautaire a été très limitée. Il y a aussi eu une faible coordination inter-sectorielle, alors que les besoins des populations font appel à une intervention des différents secteurs.

15. Des leçons ont été tirées des faiblesses rencontrées dans la conception du projet qui permettront à l'avenir d'avoir des objectifs clairs et réalistes, des moyens adaptés aux objectifs, une consultation des populations sur leurs besoins, la définition d'indicateurs de performance et de l'impact, une corrélation entre les moyens mis en oeuvre et les résultats, une bonne quantification des objectifs définis, une flexibilité dans la planification des projets notamment par la mise en place de plans glissants, la prise en charge des initiatives par le Gouvernement, l'implication des différents bailleurs de fonds dans la conception et dans l'évaluation du projet, et l'estimation et la minimisation de tous les coûts d'investissement et de fonctionnement.

16. Un certain nombre de leçons ont aussi été tirées des lacunes observées dans la gestion du projet: la nécessité de former le personnel aux procédures de passation des marchés, l'importance d'avoir une coordination entre les différents responsables de programmes, la nécessité de maintenir en place le personnel des projets et les coordonnateurs de programmes, une bonne exploitation de l'évaluation à mi-parcours du projet, un suivi adéquat des aides-mémoires des missions, une décentralisation de la gestion du projet, une intégration de la cellule de coordination du projet au sein du Ministère de la Santé Publique, un meilleur suivi et une évaluation des formations données, une mise à disposition des fonds plus rapide, et enfin l'importance de l'établissement des rapports trimestriels ou au moins semestriels pour permettre un suivi et une amélioration des programmes et activités.

17. Des leçons ont aussi été tirées quant à l'engagement de la Banque Mondiale dans le suivi des projets: le suivi des recommandations des aide-mémoires, une accélération des procédures dans les approbations des contrats et les avis de non-objection, et une composition des missions de supervision mieux adaptée aux problèmes à régler. La mission a aussi été satisfaite d'apprendre du Ministre et des autres cadres du Ministère de la Santé Publique, qu'ils ont grandement apprécié le rôle joué par l'équipe de la mission résidente dans la facilitation et l'accélération de l'exécution des activités du projet. La mission en retour a exprimé son intention d'accroître davantage le rôle et les responsabilités de la mission résidente à cet égard.

V. Conclusions

18. Il est à noter que toutes les leçons tirées de cette expérience ont déjà été intégrées dans le Plan National de Développement Sanitaire 1994-2000, et les plans de développements des districts sanitaires qui tous deux servent de plan opérationnel pour le deuxième projet. Cette expérience est aussi prise en compte au niveau de la nouvelle approche sectorielle de la Banque Mondiale en matière de conception et d'exécution de projets (voir l'aide-mémoire sur la préparation du deuxième projet santé). La mission félicite le Gouvernement du Niger pour le dévouement de ses agents dans l'exécution des activités prévues dans le cadre de ce projet malgré les problèmes politiques et économiques que le pays a connu durant toute la période d'exécution de ce projet.

VI. Calendrier d'exécution du rapport final sur l'exécution du projet

19. La mission a apporté des suggestions et appuis au Gouvernement pour la préparation de la contribution de ce dernier au rapport final sur l'exécution du projet. Les directives précisant l'organisation et les objectifs de ce rapport sont présentés en **annexe 4** de cet Aide-Mémoire. Enfin, la mission et le Gouvernement se sont mis d'accord sur le calendrier suivant de préparation du Rapport final sur l'exécution du projet:

ACTIVITES	DATE LIMITE	RESPONSABLES
Equipe du gouvernement achève, sur la base des discussions, la partie du Gouvernement pour le Rapport finale sur l'exécution du Projet (voir note explicative, Annexe 4)	29 septembre 1995	Resp.: M. le Secrétaire Général.
IDA prépare et soumet au Gouvernement pour commentaires un projet de Rapport final sur l'exécution du projet	31 octobre 1995 (en prenant compte des révisions internes de la Banque et de la traduction française du document)	Resp.: Mss. D. Vaillancourt, J. Angers et M. A. Magassouba, avec appui de R. Diallo et P. Nignon
Gouvernement transmet ses commentaires sur le projet de Rapport final à l'IDA.	15 novembre 1995	Resp.: M. le Secrétaire Général
Rapport final sur l'exécution du Projet Santé (Crédit 1668-NIR) est soumis au Conseil d'Administration	31 décembre 1995	D. Vaillancourt

- Annexes:**
1. Liste des personnes rencontrées
 2. Liste des documents consultés
 3. Réalisations du projet
 4. Projet Santé/Rapport d'achèvement: Directives
 5. Bilan financier

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

*RAPPORT D'ACHEVEMENT DU
PROJET SANTE IDA CREDIT 1668 NIR*

Septembre 1995

SOMMAIRE

I. DESCRIPTION ET DEMARRAGE DU PROJET.....	2
1. HISTORIQUE.....	2
A) Contexte de la politique sanitaire.....	2
B) Situation économique.....	2
C) Situation sanitaire et les problèmes majeurs de santé.....	3
D) Cadre institutionnel du projet.....	4
2. OBJECTIFS DU PROJET.....	4
3. COMPOSANTES DU PROJET.....	4
A- Etudes sectorielles.....	4
B- Santé de base et Planification familiale.....	5
B.1. Programme de lutte contre la Paludisme.....	5
B.2. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.....	5
B.3. Programme Élargi de vaccination.....	5
B.4. Santé maternelle et infantile, Planification Familiale et Action Sociale.....	6
B.5. Programme d'Appui à la Nutrition.....	6
C- Formation du personnel.....	7
D- Éducation pour la Santé.....	7
E- Réfection des bâtiments et Équipement des formations sanitaires.....	7
F- Gestion du projet.....	7
G- Sous-projets.....	8
II. CONCEPTION, EXECUTION, REALISATION ET IMPACT DU PROJET.....	9
1. EVALUATION DE LA CONCEPTION DU PROJET.....	9
2. PRINCIPAUX RESULTATS DU PROJET.....	9
3. COORDINATION ET GESTION DU PROJET.....	10
4. IMPACT DU PROJET SUR LE SYSTEME DE SANTE.....	11
III. ANALYSE CRITIQUE DE L'ACTION DE LA BANQUE, DU GOUVERNEMENT ET DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE.....	11
1. APPRECIATION DE L'ACTION DE LA BANQUE MONDIALE.....	11
2. APPRECIATION DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT.....	12
3. EVALUATION DE L'EFFICACITE ET DE LA QUALITE DES RELATIONS ENTRE LA BANQUE ET LE GOUVERNEMENT.....	12
4. EVALUATION DES PERFORMANCES DES DIFFERENTES INSTITUTIONS, BUREAUX D'ETUDES ET CONSULTANTS.....	12
IV. EVALUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DU PROJET.....	13
1. COUT TOTAL DU PROJET.....	13
2. PERTES SUBIES PAR LE PROJET.....	13
3. COUTS RECURRENTS ENGENDRES.....	13
V. PERSPECTIVES POUR UN NOUVEAU PROJET.....	14
VI. CONCLUSIONS.....	14
VII. ANNEXES.....	15

I. DESCRIPTION ET DÉVELOPPEMENT DU PROJET

Le projet Santé a été négocié du 10 au 13 février 1986 et l'accord de crédit a été signé le 14 avril 1986. La mise en vigueur est intervenue le 3 novembre 1986. Les activités ont démarré le 1er janvier 1987. Le montant total du crédit s'élevait à 25.100.000 de DTS soit en dollars US 27.300.000 dont la part de l'IDA représentait 95% et le Niger 5%.

1. HISTORIQUE

A) Contexte de la politique sanitaire

Du Plan quinquennal de développement Économique et social 1979-1983, des journées d'étude de la Santé à Dosso en 1982, et du débat National à Maradi en 1983, les orientations du secteur ont été retenues notamment en ce qui concerne l'intégration du système de santé dans les structures de la Société de développement pour susciter la participation communautaire, l'extension de la couverture sanitaire, l'élaboration d'une politique d'action sociale contre les problèmes sociaux, la formation du personnel et l'Information, l'Éducation Pour la Santé.

Le programme intérimaire de consolidation 1984-1985 a précisé que les actions porteront sur les priorités suivantes :

- la réfection des infrastructures en mauvais état ;
- l'intensification et l'adaptation de la formation pour promouvoir les formations du personnel en qualité et en quantité suffisante ;
- le renforcement des activités en cours dans le cadre de la restructuration et de la redynamisation des services de santé.

C'est pour appuyer la mise en oeuvre de ce programme que le projet santé a vu le jour en 1986.

B) Situation économique

L'économie du Niger est dominée par une agriculture de subsistance et un élevage intensif. Le secteur rural occupe plus de 80% de la population active. Mais cette économie rurale reste tributaire des aléas climatiques.

Avec le boom de l'Uranium et l'amélioration de la pluviométrie ayant entraîné une croissance du secteur agricole et la reconstitution du cheptel décimé, l'exploitation de l'uranium a été sous l'impulsion de la demande et des cours mondiaux, une véritable bouffée d'oxygène pour l'économie nationale. La vente de l'uranium rapportait plus de 70% des recettes d'exportation, passant de 19,6 milliards en 1975 à 131,7 milliards en 1981.

Cette nouvelle source a transformé radicalement les données de l'économie nigérienne, le PIB a augmenté de 5,8% par an, les exportations de 15,14% par an, et les recettes fiscales de 20% par an. L'exportation de l'Uranium a développé des effets d'entraînement importants sur le reste de l'économie, la valeur ajoutée du secteur moderne augmentait de 25% par an.

La période s'est caractérisée aussi par des investissements importants, malheureusement les ressources tirées de la vente de l'uranium ont servi à financer en priorité des programmes de dépenses publiques improductifs. Par ailleurs, la hausse des cours et de la demande de l'uranium a été perçue par nos partenaires comme une augmentation de la capacité de remboursement du Niger. Malheureusement le marché de l'Uranium s'effondra en 1982. Le poids de la dette issue de la politique volontariste des gros investissements de l'Etat a entamé les performances de l'Economie. Le déficit budgétaire continuait à se creuser.

Face à cette crise les pouvoirs publics ont pris des mesures d'austérité soutenues par le FMI et la Banque Mondiale afin de contenir les déséquilibres internes et externes. Cette politique devait s'appuyer sur une limitation des charges et une mobilisation accrue des ressources; elle comprenait aussi des réformes visant à renforcer le rôle du secteur privé dans l'économie, et à restructurer le secteur para-public.

Malgré ces mesures d'austérité, le Niger n'a pas encore retrouvé le chemin de la croissance économique. En effet, le PIB a chuté de 4% en moyenne de 1982 à 1988. Il en a résulté un transfert d'activité vers le secteur informel agricole et non agricole qui passe de 66,2% du PIB en 1985 à 75,3% en 1992. Au cours de cette période, on note une réduction du volume des exportations et la détérioration des termes de l'échange.

La situation des finances publiques est restée précaire compte tenu des difficultés liées à la non maîtrise des dépenses de fonctionnement dont le niveau est loin d'être compatible avec celui des recettes budgétaires.

Les effets négatifs de cette économie ont eu des répercussions sur la situation socio-sanitaire du pays.

C) Situation sanitaire et les problèmes majeurs de santé

C.1. L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif avec :

- un premier niveau chargé des activités opérationnelles qui correspond à la Circonscription Médicale (CM) : District sanitaire ;
- un deuxième niveau constitué par des Centres de référence (Centre Hospitalier Départemental: CHD) avec sa Direction Départementale de la Santé, structure administrative chargée de l'appui technique ;
- un troisième niveau comprenant trois (3) hôpitaux nationaux et des centres spécialisés (CNSF, CNAT, Centre Anti-Lèpre) avec des directions centrales chargées de l'appui politique et stratégique pour l'ensemble du système de santé

C.2. La situation sanitaire du pays avant 1988 était caractérisée par une insuffisance de la couverture sanitaire, un environnement hostile avec une persistance des maladies les plus couramment fréquentes au niveau des formations sanitaires : Paludisme, Affections Respiratoires, maladies diarrhéiques, Plaies et déchirures, trachomes et conjonctivites, et les affections cutanées. Le pays connaissait également des épidémies de rougeole, de méningite, et une situation nutritionnelle précaire des femmes enceintes et des enfants.

A cela il faut ajouter une croissance démographique de 2,7% aggravant de surcroît le taux brut de mortalité (25 pour mille), le taux de mortalité infantile (200 pour mille) et le taux de mortalité maternelle (7 pour mille). La situation sanitaire bien que tributaire de la croissance démographique se heurte également à une insuffisance des activités d'Education pour la Santé.

C.3. Eu égard à cette situation, les problèmes majeurs du système de santé concernent les points suivants :

- un taux particulièrement élevé de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.
- une faible couverture sanitaire
- une insalubrité du milieu.
- une insuffisance de la sensibilisation de la population sur les problèmes de santé.
- un équilibre alimentaire de plus en plus fragile ayant des conséquences sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables ; particulièrement les enfants en bas âge, les femmes allaitantes et les femmes enceintes.

Après la signature de l'Accord de crédit, un bureau de projet a été créé par arrêté N° 20/MSP/AS du 10 juillet 1986 du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Ce bureau est directement rattaché au cabinet et joue le rôle de direction du projet.

Cette direction a comme objectifs de :

- coordonner et superviser toutes les activités du projet et de l'aide en général;
- préparer des plans d'actions annuels ;
- passer des marchés des fournitures ;
- instruire des demandes de retrait du crédit ;
- consolider et élaborer des rapports d'activités et commander des audits annuels du projet.

La direction du projet disposait d'une équipe restreinte composée d'un directeur, d'un adjoint, d'un agent chargé des formations, d'un conseiller en gestion (AT) et d'un personnel d'appui (Comptable, Secrétaire, Chauffeur).

Le projet a une envergure nationale dans toutes ses composantes à l'exception de la nutrition qui intervenait dans l'arrondissement de Loga (Dosso).

2. OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif du projet est d'aider le gouvernement à introduire des réformes structurelles dans le secteur de la santé grâce à des études et des programmes de réformes visant à améliorer la planification des investissements, l'affectation des dépenses de fonctionnement, le recouvrement des coûts, l'approvisionnement en médicaments essentiels, la gestion du secteur et la coordination de l'aide. Il aidera également le gouvernement à définir des mesures en matière de population, de planification familiale et de nutrition. En outre, pour appuyer le programme de réformes sectorielles, le projet renforcera les programmes et services de santé prioritaires :

- Protection maternelle et Infantile y compris la planification familiale et lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et transmissibles ;
- Education sanitaire et initiatives collectives en matière de santé et de nutrition, et
- Formation du personnel sanitaire.

3. COMPOSANTES DU PROJET

A- Etudes sectorielles

A.1. Dans le cadre des réformes envisagées dans le secteur sanitaire, le projet devrait aider le Ministère de la Santé Publique à mieux définir et à mettre en oeuvre des stratégies de développement. Ces stratégies concernent la réalisation de six (6) études qui définiraient des mesures de réformes dans le domaine des dépenses d'investissement et de fonctionnement, du recouvrement des coûts, de l'approvisionnement en médicaments essentiels, de la gestion sectorielle y compris la coordination de l'aide extérieure.

A.2. Cette réforme structurelle devrait être conduite par le Ministère du Plan qui était chargé de mettre en oeuvre le Programme d'Ajustement Structurel. Mais la réalisation des études a été conduite par la Direction des Etudes et de la Programmation du Ministère de la Santé Publique.

A.3. Après concertation entre le Ministère du Plan, le Ministère de la Santé Publique et l'USAID, les études ont été reformulées, réparties et réalisées par la Subvention au Développement du Secteur Sanitaire (SDSS) et le Projet santé :

- Etudes sur le budget de la Santé (SDSS)
- Etudes sur la gestion hospitalière au niveau des hôpitaux nationaux et des CHD (SDSS)
- Etudes sur l'utilisation, le coût des prestations et les options de recouvrement des coûts au niveau des services de santé de base (SDSS)
- Etude sur le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Niger (Projet Santé)
- Etude sur les Programmes régionaux de Santé (Projet santé : négociée et réalisée en 1993).

B- Santé de base et Planification familiale

B.1. Programme de lutte contre le Paludisme

Première cause de morbidité, le paludisme représente 20 % des motifs de consultation. Il sévit sur l'ensemble du territoire national de façon endémique à des degrés variables et affecte toutes les couches sociales. L'objectif du programme est de réduire l'incidence et la mortalité due au paludisme en :

- élaborant une politique nationale de lutte contre le paludisme;
- prévenant et en réduisant les effets du paludisme chez les femmes enceintes ;
- réduisant la morbidité due au paludisme chez les femmes enceintes et les enfants ;
- testant des approches de lutte anti-vectorielles dans les villes;
- mettant en place un fonds de roulement chloroquine afin de rendre accessibles les médicaments antipaludiques par un système de recouvrement des coûts.

B.2. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Le programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD) a démarré ses activités en 1984. L'objectif poursuivi est la réduction de la morbidité et de la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. Le projet n'a apporté qu'un appui à ce programme qui bénéficie de l'appui technique et financier de plusieurs partenaires.

B.3. Programme Elargi de vaccination

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est une des réponses de l'OMS au défi que représentent les maladies de l'enfance. L'objectif essentiel était de vacciner tous les enfants avant leur premier anniversaire au plus tard en 1990, contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose, la rougeole et toute autre maladie selon la spécificité du pays.

Officiellement lancé en 1987 par le Chef de l'Etat, le démarrage effectif du PEV n'est intervenu qu'en Janvier 1988. En plus des six maladies cibles du PEV OMS, le Niger a retenu la vaccination contre la fièvre jaune et la vaccination anti tétanique des femmes en âge de procréer (15 à 45 ans).

Les objectifs assignés au programme national sont les suivants :

- Améliorer la Santé de la population, notamment celle de la mère et de l'enfant en réduisant les conséquences socio-économiques des maladies cibles du PEV
- Réduire le taux de morbidité et de mortalité dû aux maladies cibles du PEV chez les femmes et les enfants ;
- Prévenir les risques d'éclosion d'épidémie de Fièvre jaune.

Face à la proportion élevée des femmes en âge de procréer, des enfants de 0-4 ans et aux taux de mortalité maternelle et infantile élevée de 7 pour mille, l'Etat a mis un accent particulier sur la nécessité d'augmenter la couverture sanitaire à travers des activités foraines.

En 1987 le programme était localisé à la DAS/PMI. Après la restructuration de 1989 du MSP/AS le programme a été éclaté selon les composantes ci-après :

- Programme de renforcement de la Direction de la Santé Maternelle et Infantile (MSP).
- Programme de renforcement des activités de la Direction des Affaires Sociales (MDS/P/PF).
- Planification familiale (MDS/P/PF).

Les objectifs retenus pour les différentes composantes sont :

- Augmenter la couverture sanitaire à travers les consultations foraines.
- Intensifier et étendre les activités d'EPS.
- Introduire un programme social à partir des centres fixes et des visites à domicile
- Fournir les éléments qui permettent au gouvernement d'intégrer les composantes population et PF dans le cadre de la politique de population, et la PF dans le cadre de la politique déjà existante en SMI.
- Renforcer la capacité du CNSF pour la gestion des programmes SMI/PF.
- Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant en tant qu'individu membre d'une famille et d'une communauté en intégrant les activités de SMI/PF jusqu'aux échelons les plus périphériques.

B.5. Programme d'Appui à la Nutrition

Le volet nutrition du projet santé a été élaboré à l'image du programme conjoint d'appui à la nutrition Niger-OMS-UNICEF (PCAN) dont la méthodologie reposait sur l'auto responsabilisation à la base, la participation communautaire, l'approche multisectorielle intégrée de l'appui technique.

Ces principes s'intéressent de façon spécifique à :

- La production alimentaire en vue d'améliorer la disponibilité et la sécurité alimentaire dans les villages par le développement des cultures irriguées ou de contre saison, la production agricole, les banques céréalières et les boutiques coopératives.
- Le développement du petit élevage, l'allégement du travail de la femme.
- Les soins de santé primaires et la surveillance de la croissance à assise communautaire.
- L'appui aux organisations communautaires, et à l'encadrement technique.
- L'approvisionnement en eau potable.

Le volet a comme objectif de :

- Accroître la capacité du pays à faire face aux problèmes que posent l'alimentation, la nutrition, la santé et le développement du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que ceux posés par la situation de la femme.
- Obtenir une amélioration de l'état nutritionnel et une réduction de la mortalité et de la morbidité chez les nourrissons et les jeunes enfants dans les arrondissements du programme.

C- Formation du perso

La mise en oeuvre de toute politique nécessite des ressources humaines capables d'offrir des prestations efficaces et adaptées aux besoins de la population. C'est pourquoi, l'état Nigérien et en particulier le MSP s'est très tôt engagé à mettre l'accent sur cet aspect, notamment par:

- La création et l'équipement des institutions de formation
- L'intensification de la formation en cours d'emploi et de la spécialisation des cadres.

Le programme est rattaché à la Direction de la Formation et de la gestion du personnel et il a comme objectif de :

- adapter la formation du personnel aux différents programmes de développement sanitaire.
- renforcer le matériel documentaire et didactique en fonction des programmes adoptés.
- recycler les différentes catégories du personnel pendant la durée du projet.
- mettre en oeuvre un programme de spécialisation du personnel.

D- Education pour la Santé

L'appui au programme d'Education pour la santé a concerné le renforcement de la coordination, la gestion des actions d'EPS, et l'élaboration d'un programme national d'E.P.S. et sa mise en oeuvre.

Le programme a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en l'amenant à prendre conscience de l'intérêt d'un bon état de santé et des moyens de le préserver par un engagement total aux actions sanitaires en :

- menant des activités d'E.P.S dans toutes les formations sanitaires.
- demandant la participation de toutes les structures sociales susceptibles de promouvoir les actions sanitaires.
- touchant 100 % des villages en informations sanitaires par le canal des organes d'information (radio).
- mettant à la disposition du bureau des moyens (Equipements, véhicules, matériels...) pour une meilleure formation des groupes cibles.

E- Réfection des bâtiments et Equipement des formations sanitaires

Face aux ressources limitées du secteur sanitaire, l'entretien des infrastructures et leur équipement n'est pas toujours exécuté par le Ministère de la Santé Publique, raison pour laquelle le projet a accepté le financement de la remise en état des Centres médicaux et des dispensaires ruraux sur la base d'un programme d'intervention exécuté par le Ministère de l'Equipement, le Projet Santé et NIGETIP.

F- Gestion du projet

La gestion du projet a été conduite par un bureau qui joue le rôle de direction du projet. Avec ses objectifs, cités ci-haut, le rôle fondamental du bureau est la coordination des activités des différents programmes, la passation des marchés, la gestion du Personnel et le suivi du système de gestion et d'audit.

G- Sous-projets

Des activités ont été financées par le projet qui relèvent des recommandations issues des études et aussi les actions pertinentes ayant les mêmes objectifs que le projet dont le financement est intervenu après accord du gouvernement et de la Banque.

Ces appuis sont les suivants :

G.1. Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques : L'appui à l'ONPPC découle des recommandations de l'étude sur "l'extension du système de distribution des médicaments au Niger" réalisée par le CREDES en 1991-1992.

Son objectif était d'aider l'ONPPC à allier sa mission de caractère social avec une gestion de type privé. C'est-à-dire concilier un principe de service d'utilité publique avec un principe d'équilibre financier de la structure en améliorant la gestion, en accroissant les capacités de stockage, de distribution, production, et de contrôle de qualité.

G.2. Direction des Pharmacies et Laboratoires : Le sous projet a vu le jour dans les mêmes conditions que l'appui à l'ONPPC. Un plan d'action des recommandations issues de l'étude CREDES a été soumis au projet pour financement.

L'objectif est de doter la Direction en moyens adéquats pour lui permettre de remplir sa mission (locaux, ressources humaines, matériels informatiques, matériels de bureau, logistique, etc...) de mise en place d'une politique nationale de médicaments, de laboratoires et de recherche en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.

G.3. Centre National Anti-Tuberculeux : Le CNAT a bénéficié d'un appui, suite à une requête du Ministère de la Santé Publique pour l'achat des médicaments anti-tuberculeux. La requête a été exécutée conformément aux besoins exprimés par le centre. Cette commande de médicaments anti-tuberculeux a été faite à travers l'ONPPC, ce qui a permis de les rendre disponible au niveau du programme qui s'est chargé de les distribuer aux départements en tenant compte des besoins.

G.4. Direction de la Prévention Sanitaire et de l'Assainissement : Dans le cadre de l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement dans les formations sanitaires, la Direction de la Prévention Sanitaire et de l'Assainissement a élaboré un projet de désinsectisation et "désinfection" des dites formations. La requête transmise au projet a été financée pour l'acquisition des produits et matériels. C'est ainsi que les Produits pesticides, les Matériels d'application, les Matériels et équipement de protection, Produits de désinfection, et le transport ont été financés par le projet santé.

G.5. Enquête Jeunesse : Il s'agit d'une étude sur les besoins et aspirations des jeunes au Niger. La requête a été soumise au FNUAP, mais compte tenu des problèmes de restriction budgétaire de l'institution, le gouvernement a négocié son financement auprès de la Banque. Après accord des deux parties, le financement de la requête a vu le jour au niveau du projet Santé IDA.

L'objectif est d'élaborer une politique nationale de la jeunesse favorisant une adéquation entre les objectifs du développement et les contraintes démographiques en entreprenant une étude statistique méthodique sur la situation des jeunes, leurs besoins et aspirations. Cela devrait permettre à la Direction de disposer d'une banque de données sur les besoins et aspirations des jeunes afin d'élaborer un plan d'action pour l'intégration des jeunes dans les activités de développement.

G.6. Recouvrement des Coûts : Un appui en médicaments essentiels génériques a été octroyé au Ministère dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts. Ces médicaments ont été achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF et une partie auprès de l'ONPPC pour couvrir les besoins

de consommation annuel des zones tests de recouvrement des coûts. Ces tests ont été menés de 1993 à 1994, afin de déterminer le système de participation nationale pour couvrir les coûts des médicaments des formations sanitaires. L'expérience a été évaluée en juillet 1994, et une loi pour sa généralisation vient d'être adoptée par l'Assemblée Nationale (Juin 1995).

G.7. Programme MST-SIDA : L'appui au programme SIDA a été exécuté suite à des requêtes du Gouvernement pour le financement d'activités ponctuelles rentrant dans le cadre du renforcement du programme. Ces activités concernent :

- l'achat de deux (2) chaînes ELISA
- l'achat de petits matériels
- l'enquête épidémiologique sur la séroprévalence organisée à Niamey en Mai-juin 1993.
- l'atelier d'adoption du Programme à Moyen Terme de Deuxième Génération (PMT 2).
- l'achat de médicaments de lutte contre les MST

G.8. Recensement général de la Population : Une requête de financement a été transmise à la Banque Mondiale par le Ministère des Finances et du Plan dans le cadre de la réalisation du recensement général en 1988. La requête ayant été approuvée, et les fonds demandés ont été mis à la disposition du MF/P. Le recensement a été réalisé pendant la période retenue.

II. CONCEPTION, EXECUTION, REALISATION ET IMPACT DU PROJET

1. EVALUATION DE LA CONCEPTION DU PROJET

Le projet santé a été conçu afin de permettre la mise en oeuvre des orientations figurant dans le Programme Intérimaire de consolidation. Sa mise en oeuvre s'est déroulée avec quelques difficultés notamment :

- la non précision des seuils de passation des marchés particulièrement les marchés de Génie civil ;
- le rattachement du bureau au cabinet du Ministre ;
- l'octroi de financement aux programmes du Ministère qui exécutent des activités de façon verticale ;
- la création du compte chloroquine avec la disposition demandant un recouvrement des coûts pour le seul médicament et surtout les procédures d'utilisation définies après l'abandon du recouvrement au niveau des formations sanitaires.

2. PRINCIPAUX RESULTATS DU PROJET

A. En matière d'**Infrastructures sanitaires** la mission première était de réhabiliter des formations sanitaires, mais compte tenu des insuffisances du Budget d'investissement, des travaux d'achèvement ont été également financés. Les réhabilitations ont concernés : 32 DR, 11 PMI/Maternité, 8 PM, 15 CM, la Division EPS, et la construction de 39 hangars du PEV, 8 bureau d'ARIEPS au niveau des DDS, le Magasin du CNSF, le Magasin des Pièces détachées du Garage SERPA. Les Hangars de l'ONPPC sont en cours.

B. Pour les **Mobiliers, Equipements, Pièces détachées et logistiques** : des appels d'offres internationaux et locaux ont été lancés pour l'acquisition de ces biens, et aussi l'achat de fournitures de bureaux pour toutes les structures du MSP. Un important parc automobile a été constitué grâce au financement du projet. Il y a lieu de noter que parmi les véhicules achetés au début du projet, beaucoup sont en pannes ou réformés.

C. Le programme de formation du Ministère de la Santé Publique était largement soutenu par le projet qu'il soit des formations de longue durée (spécialisation), les formations continues (Séminaires-ateliers) ou les stages de courte durée.

D. Pour les Médicaments, l'apport du projet n'est pas aussi négligeable. En effet le projet a financé les médicaments essentiels génériques pour les tests pilotes de recouvrement des coûts, les médicaments pour les programmes de santé et aussi financé l'achat de vaccins et de contraceptif du fait de la diminution de l'apport de certains partenaires dans le domaine (UNICEF, FNUAP). On doit également noter que dans ce domaine le projet a investi des fonds pour permettre non seulement la distribution du médicament, mais aussi sa production, sa gestion et sa disponibilité dans le pays.

E. Dans le domaine des réformes, les études réalisées ont recommandé :

- la création de deux directions, la DEP et la DPHL ;
- la définition d'un système de distribution des médicaments au niveau de l'ONPPC,
- la révision de la tarification hospitalière (actuellement en cours d'adoption par le Gouvernement) ;
- la transformation des Hôpitaux nationaux et des Ecoles de formation en EPA,
- la détermination des avantages et inconvénients des modes de recouvrement des coûts des soins de santé dans le secteur non-hospitalier.

3. COORDINATION ET GESTION DU PROJET

Le coordinateur du projet a eu pour responsabilité de diriger le personnel du projet, de planifier et superviser les activités, coordonner l'approbation des plans d'actions et rapports, prendre des dispositions pour le lancement des Appel d'offres, l'analyse et l'adjudication des marchés, et assurer un contrôle de gestion efficace du projet.

Les relations du coordinateur du projet se situent à plusieurs niveaux :

- Ministère de la Santé Publique : il s'agit de coordonner, de superviser, de préparer les marchés et les plans d'action de mise en oeuvre.
- Ministère des Finances et du Plan, compte tenu de sa position, de représentant du Niger auprès de la Banque, et de son rôle d'ordonnateur délégué, il vérifie et signe les demandes de paiement, et procède également à la programmation des fonds de contrepartie. Le Trésor pour sa part procède au versement des fonds de contrepartie et quant au Contrôle Financier, il appui le projet dans l'analyse et la signature des marchés.
- Ministère de l'Equipeement et de l'Habitat, la relation consiste à assister le projet dans l'analyse et le suivi des marchés de construction d'infrastructure sanitaire.
- Ministère de la Communication pour la diffusion des spots et messages de sensibilisation.

Ces différentes relations ont permis au projet de déceler parfois des points de blocage et de trouver une solution de concert avec les différents intervenants.

Le bureau du projet a joué plusieurs rôles de coordination dont principalement :

- les réunions de coordination avec les coordonnateurs pour la revue et la préparation des plans de mise en oeuvre et la préparation des missions de supervision de la Banque Mondiale. Réunions élargies au cabinet du MSP pour l'approbation préliminaire des plans d'action.

la coordination avec les Bailleurs de Fonds qui n'a jamais été organisée par le projet du fait qu'elle ne relève pas de ses attributions. Néanmoins, le bureau du projet participe aux réunions de coordination organisées autour des programmes financés conjointement avec les autres partenaires.

4. IMPACT DU PROJET SUR LE SYSTEME DE SANTE

L'impact du projet sur le système de santé devrait se sentir à travers les indicateurs de santé. Mais on peut constater que malgré les efforts fournis par le projet, beaucoup reste à faire pour atteindre l'objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000. C'est ainsi qu'on peut noter que le projet a permis l'amélioration des conditions de travail dans les formations sanitaires (qualité et quantité), la disponibilité des services, l'accroissement de la couverture sanitaire à travers les consultations foraines, la mise en place des équipes d'Education pour la Santé avec des moyens conséquents, la disponibilité des médicaments, des réformes institutionnelles dans le secteur sanitaire et l'amélioration de la supervision à tous les niveaux.

Les résultats enregistrés sur le système de santé ne doivent pas être imputer à l'effort du seul projet santé, on doit également voir l'effort consenti par les autres partenaires au développement du secteur sanitaire notamment l'USAID, l'UNICEF, le FED, le FAC, la SNV, etc....

III. ANALYSE CRITIQUE DE L'ACTION DE LA BANQUE, DU GOUVERNEMENT ET DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE

1. APPRECIATION DE L'ACTION DE LA BANQUE MONDIALE

A. Les principales décisions qui ont favorisé l'exécution du projet peuvent être résumées de la façon suivante :

- l'amendement de l'accord de crédit qui est intervenue le 17 décembre 1993 ;
- la négociation des fonds néerlandais pour le remboursement des fonds de contrepartie et des fonds gelés au niveau de la BDRN ;
- l'acceptation des deux (2) prolongations du projet en 1993 et en 1994 ;
- la disponibilité de la mission résidente qui a favorisé l'accélération du traitement de certains dossiers.

B. Les décisions qui ont freiné l'exécution du projet sont :

- le niveau élevé de la contrepartie a versé par le Niger eu égard à la situation financière du pays ;
- le non suivi des recommandations contenues dans les aides mémoires des missions de supervision, d'où la non prise de décision par la partie nigérienne ;
- les réponses du Bureau de décaissement qui tardent à venir et certains télex qui n'ont jamais eu de réponse ou parviennent tardivement ;
- les procédures longues et complexes des décaissements ;
- le changement d'équipe de supervision "Task manager" a constitué également un frein à la poursuite de certaines activités programmées.

C. Le suivi du projet a été fait par quatre (4) équipes distinctes de 1987 à nos jours, et les missions régulières de ces équipes ont permis le déblocage de certains dossiers. On peut donc affirmer que les missions de supervisions ont été très bénéfiques au projet.

A. Les décisions qui ont favorisé l'exécution du projet au niveau du Gouvernement peuvent être listées de la façon suivante :

- les efforts de paiement des fonds de contrepartie, le remboursement des factures litigieuses non éligibles et des fonds non justifiés et décalés par l'Inspection des finances.
- le changement du responsable, coordinateur du projet ;
- le recrutement du conseiller en gestion et du conseiller en Génie Civil.

B. Pour les décisions qui ont freiné l'exécution du projet, nous pouvons citer comme exemple:

- le changement intempestif des coordonnateurs des programmes financés par le projet ;
- la succession des Ministres de la Santé suite aux différents changements du gouvernement intervenus dans la période. Le projet en a connu 8 et chacun en ce qui le concerne à essayer d'imprimer sa démarche à l'exécution du projet en faisant semblant d'ignorer les procédures de la Banque.
- la non application et parfois dans les délais, des recommandations formulées par les missions de supervision.
- l'insuffisance du suivi des travaux de construction et de réhabilitation par le Ministère de l'Équipement.
- l'exigence de l'ORTN du paiement de la diffusion des spots de sensibilisation au même tarif que ceux applicable aux publicités.

3. EVALUATION DE L'EFFICACITE ET DE LA QUALITE DES RELATIONS ENTRE LA BANQUE ET LE GOUVERNEMENT

Pour l'efficacité des relations entre les deux parties, il y a lieu de noter qu'elles étaient de bonne qualité car le projet a eu à financer des requêtes du gouvernement qui ne figurent pas dans les programmes, il s'agit notamment des activités de lutte contre les MST-SIDA, les médicaments anti-tuberculeux, l'enquête jeunesse, et le recensement général de la Population. Le projet a eu à pallier à certaines insuffisances de financement des autres partenaires (Externes et Internes) dans les domaines des contraceptifs, des bourses de formation, des vaccins et certaines constructions de formation sanitaire.

4. EVALUATION DES PERFORMANCES DES DIFFERENTES INSTITUTIONS, BUREAUX D'ETUDES ET CONSULTANTS

Dans ce domaine les actions de soutien aux activités du projet ont été d'efficacité moindre du fait que :

- l'assistance technique ne répondait pas toujours aux compétences requises ;
- l'insuffisance de la compétence des cabinets d'études locaux ;
- la non satisfaction dans les délais des prestations des institutions et agence d'exécution (UNICEF, FNUAP, NIGETIP).

IV. EVALUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DU PROJET

1. COUT TOTAL DU PROJET

A. L'accord de crédit signé le 14 avril 1986 prévoyait un financement de l'IDA à concurrence de 25,1 millions de DTS soit (10.714.396.000 fcfa) et la contrepartie nigérienne s'élève à 1,3 millions de DTS soit 1,5 millions de dollars US. Le coût total de base du projet était de 26,4 millions de DTS soit 29,3 millions de dollars US. Le remboursement du prêt par la partie nigérienne se fera par semestre à partir du 15 mai 1996 pendant 40 ans.

Le coût de base est de 9,27 milliards de fcfa. Au cours de l'exécution du projet, certaines composantes ont été plus importantes que d'autres et les montants alloués pour certaines composantes ont connu un rythme de consommation lent. Ce qui a non seulement entraîné une nouvelle réaffectation des fonds mais aussi une prolongation de la durée du projet.

B. La contrepartie initialement prévue dans le projet a été estimée à 577,5 millions de FCfa en 1986. Au cours de l'exécution du projet, des entorses ont été décalées, ayant conduit un remboursement par l'Etat des dépenses non éligibles et des fonds détournés par la structure de gestion.

Malgré la situation financière du pays, et aussi de la contribution de certains partenaires (Néerlandais) des efforts de paiement ont été fait par l'Etat nigérien pour financer les réalisation des fonds de contrepartie à concurrence de 997,180 millions de fcfa au lieu de 577,5 millions de fcfa.

2. PERTES SUBIES PAR LE PROJET

Du fait de la prolongation du projet, les conséquences tirées sont les suivantes :

- la dévaluation du FCFA qui a eu des répercussions sur les marchés en cours d'exécution.
- l'augmentation du niveau d'endettement du pays
- le montant élevé de la contrepartie nigérienne.

Ensuite la fluctuation du dollars qui a fortement perturbé les prévisions de dépenses du projet.

3. COUTS RECURRENTS ENGENDRES

L'intervention du projet a porté sur plusieurs domaines et a permis le renforcement des programmes et des directions du Ministère de la Santé. Pour les différents coûts engendrés par le projet, les commentaires suivants peuvent être faits :

- Infrastructures : Dans ce domaine le projet a engendré très peu de coûts récurrents, car les activités financées concernent uniquement la réhabilitation des formations sanitaires existantes et la finition des chantiers en cours.
- Logistiques : Près de 77 véhicules ont été achetés et mis à la disposition du MSP à travers les programmes. L'ONPPC a bénéficié de 5 véhicules. Actuellement plusieurs de ces véhicules sont réformés ou enlevés par les rebelles principalement dans les départements de Tahoua, Agadez et Tillabéri.
- Matériels techniques : la prise en charge des coûts d'entretien de tous les matériels mis au niveau des formations sanitaires de base et des hôpitaux est faite sur le budget de fonctionnement de l'Etat et des établissements disposant d'une autonomie de gestion (EPA, EPIC).

Formation : les agents formés sont pour la plus part des fonctionnaires et bénéficient d'une légère augmentation de salaire à leur retour.

Le projet n'a pas engendré des coûts récurrents élevés, mais il s'est trouvé dans une situation de substitution, car il a pris en charge des dépenses que le budget de fonctionnement n'était pas à mesure de financer à cause des problèmes de trésorerie que connaît l'Etat (Fournitures de bureau, Carburant...).

V. PERSPECTIVES POUR UN NOUVEAU PROJET

1. Pour une nouvelle phase du projet, d'autres réformes structurelles devront être envisager afin de privilégier la mise en oeuvre effective de la politique sanitaire actuelle qui prône l'approche décentralisée tout en garantissant un appui aux trois niveaux de la pyramide sanitaire : District, Département, Cantral.

Ce qui nécessitera :

- la sensibilisation de la population ;
- la mise en place effective des équipes cadres de districts.
- la mise en place des organes de participation communautaire,
- la réalisation d'une étude sur la Gestion des ressources financières et humaines ;
- l'intégration du programme MST-SIDA au PMA
- la prise en compte des problèmes nutritionnels au niveau communautaire.

2. Aussi il est souhaitable de :

- définir au préalable et d'une façon claire et précise les missions du bureau du projet en tenant compte du contexte socio-économique du moment, de l'ampleur du projet et de la nature des activités à financer ;
- mettre en place une équipe compétente et suffisante avec des attributions claires pour chacun des membres de l'équipe ;
- négocier correctement les accords de crédits afin d'éviter les erreurs qui constitueront des facteurs de blocage dans l'exécution du projet.
- envisager tous les scénarios d'exécution des projets afin de pouvoir réduire la part financière qui doit revenir au pays à une participation symbolique dans la mise en oeuvre.

3. Pour une meilleure coordination et une intégration du projet nous recommandons : ✓

- le rattachement du bureau du projet à la DEP,
- la création d'un comité technique de suivi qui pourrait être composé du Responsable du bureau du projet ou son Représentant, des Directeurs centraux (ou leurs Représentants) concernés par les actions du projet.

VI. CONCLUSIONS

Le projet santé a réalisé des performances remarquables au niveau du système de santé et ce malgré les énormes difficultés vécues au cours de sa mise en oeuvre. Il a notamment permis de mettre à la disposition des populations des services de santé de qualité.

Des leçons ont été tirées au cours de son exécution, ce qui a conduit le Ministère de la Santé Publique à définir une nouvelle politique de développement en se basant sur le développement du district. Les interventions futures dans le secteur santé commenceront par la base afin de les rendre autonome dans le cadre de la décentralisation des services de santé.

THE WORLD BANK GROUP

ROUTING SLIP		DATE: [DATE]	
NAME			ROOM. NO.
Mr. Ulrich Thumm, OEDDR			G 7-005
	URGENT		PER YOUR REQUEST
	FOR COMMENT		PER OUR CONVERSATION
	FOR ACTION		NOTE AND FILE
✓	FOR APPROVAL/CLEARANCE		FOR INFORMATION
✓	FOR SIGNATURE		PREPARE REPLY
	NOTE AND CIRCULATE		NOTE AND RETURN
RE: REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Cr. 1668-NIR) Implementation Completion Report			
REMARKS: Please find attached for your approval a draft Evaluative Memorandum from the DGO to the Board on the above ICR, together with a memorandum for your signature addressed to the Country Director. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM Christopher Gibbs, OEDD1		ROOM NO. G 7-029	EXTENSION 31735

The World Bank
Washington, D.C. 20433
U.S.A.

Office of the Director-General
Operations Evaluation

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

[Date]

OED EVALUATIVE MEMORANDUM ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. Total credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 million was canceled. The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR.

The objective of the project was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved through two parts. Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) develop health manpower.

The objectives of assisting the government in introducing policy reform in the health sector within the overall framework of its structural adjustment program were substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management. Adoption of a law in June 1995 on cost recovery for the non-hospital sector; increased participation of communities in financing and management of health services; and development of a sector plan which espouses the district (decentralized) health approach. The project contributed greatly to policy formulation, reform, and strengthening capacity in planning and service delivery.

The program objectives were also substantially met. Project investments to upgrade the technical skills of service providers and to strengthen infrastructure and technical equipment of selected health facilities contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased

^{ICA} capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements ~~in this regard~~ included: ~~the~~ creation of an interministerial committee for malaria control; ~~the~~ definition of a national, multisectoral nutrition policy; ~~the~~ creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and the ~~initiation and~~ successful ^{introduction of} ~~implementation of~~ community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: ^{increased} ~~greater~~ awareness and ^{activity} ~~action~~ on the part of communities ~~for to~~ understanding and taking charge of their own health ^{affairs} ~~issues and problems~~; ~~an increase in both~~ immunization rates and prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The ^{vaccination a} ~~subcomponents for vaccination coverage~~ the training program were successfully implemented, ~~however, but~~ they reached only a portion of those intended.

^{frequency of} ~~The Operations Evaluation Department has upgraded the rating of project outcome from~~ satisfactory to highly satisfactory due to the substantial achievements of the project across a range of ~~reform and investment actions, especially given the difficult environment. Institutional development has~~ been changed from modest to high as sectoral capacity was substantially improved. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR ^{and} suggest: (a) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (b) clear targets and indicators should be set at the outset; (c) inadequate management/institutional capacity ~~is found to be more~~ ^{more} constraining of good sector performance than resource availability; and (d) financial participation of the communities ~~has~~ ^{increased their} ~~caused them to be more involved in, and more demanding of, health service delivery, prompting the~~ public service to ~~strive to be more client-oriented.~~

The ICR is exemplary, as is the borrower's contribution. An audit is planned. ^{because}

~~Based on the evidence presented,~~ OED believes the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components, ~~despite a~~ ^{difficult operating (?) environment}. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced.

OFFICE MEMORANDUM

DATE: [Date]

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

- Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by
- Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High <i>or just substantial?</i>	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

- OED has upgraded the rating for Outcome as project achievements were substantial and commendable, particularly given the difficult environment in Niger. Institutional Development has also been upgraded from modest to high due to the extensive contributions the project has made in strengthening sectoral capacity for planning and management.

- The ICR is exemplary:

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.
- The Aide-Memoire of the ICR mission is also exemplary. It is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but ~~in fact~~ rarely is.

OED believes the ICR understates project achievements and rates outcome as highly satisfactory not institutional development as high.
~~*(or substantial?)*~~
Project achievements were significant despite a difficult operating environment and sectoral capacity has been strengthened substantially.

- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health); an external evaluator; and a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought together all three of the groups of stakeholders to discuss project implementation and lessons learned. This participatory evaluation is extremely valuable in building ownership of the project and ensuring the maximization of project benefits, and in building evaluation capacity within the Ministry. The preparation of the follow-on project will also greatly benefit from the workshop and the team-building and ownership which it engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the understanding with the borrower on the measures to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the SIP currently being prepared in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

THE WORLD BANK GROUP

ROUTING SLIP		DATE: April 16, 1997	
NAME		ROOM. NO.	
Mr. Ulrich Thumm, OEDDR		G 7-005	
☐	URGENT	☐	PER YOUR REQUEST
☐	FOR COMMENT	☐	PER OUR CONVERSATION
☐	FOR ACTION	☐	NOTE AND FILE
☒	FOR APPROVAL/CLEARANCE	☐	FOR INFORMATION
☒	FOR SIGNATURE	☐	PREPARE REPLY
☐	NOTE AND CIRCULATE	☐	NOTE AND RETURN
☐		☐	
RE: REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Cr. 1668-NIR) Implementation Completion Report			
REMARKS: Please find attached for your approval a draft Evaluative Memorandum from the DGO to the Board on the above ICR, together with a memorandum for your signature addressed to the Country Director. This ICR was reviewed by Laura Raney.			
FROM Josette Murphy, OEDD1		ROOM NO. G 7-043	EXTENSION 31726

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

3. OED believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

4. The ICR is exemplary:

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

- The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the measures agreed to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the Bank's Sector Investment Program approach in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

**OED EVALUATIVE MEMORANDUM
ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT**

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. The dollar value of the credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 (US\$0.33) million was canceled. Additional financial assistance was provided by the United States Agency for International Development (US\$1.2 million) and the Kingdom of the Netherlands (US\$0.77 million). The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR. The Dutch and the United Nations Children's Fund participated in the ICR mission.

The project objective was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level through: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved in two parts. Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) enhance capacity through health training.

The objective of health policy reform within the overall framework of a structural adjustment program was substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management. A law on cost recovery for the non-hospital sector was adopted in June 1995, community participation in financing and managing health services increased, and a sector plan taking a district (decentralized) approach was adopted. The project contributed greatly to policy formulation reform and to strengthen capacity for planning and service delivery.

The investment program objectives were also substantially met. Investments were made to upgrade the technical skills of service providers and to improve infrastructure and technical equipment in

selected health facilities. These investments contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased the capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements included: creation of an interministerial committee for malaria control; definition of a national, multisectoral nutrition policy; creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and successful introduction of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: increased awareness and activity on the part of communities to understand and take charge of their own health issues and problems; increased immunization rates and frequency of prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The vaccination and training subcomponents were successfully implemented, but they reached only a portion of those intended.

On the evidence presented, the Operations Evaluation Department (OED) believes that the ICR understates the project's achievements. OED rates project outcome as highly satisfactory, as opposed to satisfactory in the ICR, because of the substantial achievements in the policy and investment components. OED rates institutional development as high, as opposed to modest, because sectoral capacity was significantly enhanced. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (i) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (ii) clear targets and indicators should be set at the outset; (iii) inadequate management and institutional capacity constrain sector performance more than resource availability; and (iv) financial participation of the communities increases their involvement in, and demand for, health services, in turn prompting the public service to be more client-oriented.

The ICR is exemplary, as is the borrower's contribution. An audit is planned because the project succeeded in achieving ambitious objectives in a difficult operating environment.

OFFICE MEMORANDUM

DATE: [Date]

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **Niger—Health Project (Credit 1668-NIR)**
Implementation Completion Report

1. Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by

2. Based on this review, we intend to include the following ratings in the OED Annual Review database:

} same as sample

	OED	ICR
Outcome:	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability:	Likely	Likely
Institutional Development:	High	Partial <i>Modest</i>
Bank Performance:	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance:	Satisfactory	Satisfactory

3. OED has upgraded the rating for Outcome as project achievements were substantial and commendable, particularly given the difficult environment in Niger. Institutional Development has also been upgraded from ~~partial~~ ^{modest} to high due to the extensive contributions the project has made in strengthening sectoral capacity for planning and management.

4. In keeping with OED's policy to provide feedback to operational staff on ICRs, to improve their quality, I have the following comments on the ICR:

4. *due to the full review?*
The ICR is exemplary. Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and

well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

- The Aide-Memoire of the ICR mission is also exemplary. It is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but in fact rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal to the Ministry of Public Health; an external evaluator; and a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought together all three of the groups of stakeholders to discuss project implementation and lessons learned. This participatory evaluation is extremely valuable in building ownership of the project and ensuring the maximization of project benefits, and in building evaluation capacity within the Ministry. The preparation of the follow-on project will also greatly benefit from the workshop and the team-building and ownership which it engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.
- The major flaw in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the understanding with the borrower on the measures to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the SIP currently being prepared in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

~~An audit is planned.~~

Attachment

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES [Date]

**OED EVALUATIVE MEMORANDUM
ON IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT**

Republic of Niger: Health Project (Credit 1668-NIR)

The Niger Health project, supported by Credit 1668-NIR for SDR 25.1 million (US\$27.8 million), was approved in FY86. It was the first Bank operation in the health sector in Niger. Following two one-year extensions, the credit was closed in June 1995. Total credit amount disbursed (US\$37.1 million) was higher than anticipated at appraisal due to changes in the US\$/SDR exchange rate. SDR 0.32 million was canceled. The Implementation Completion Report (ICR) was prepared by the Africa Regional Office. Annex B contains the borrower's contribution to the ICR.

The objective of the project was to support the government's structural adjustment objectives at the sectoral level: (i) more efficient use of resources; (ii) mobilization of resources through cost recovery; and (iii) policy reform to improve overall efficiency and effectiveness in the health sector. This objective was to be achieved through two parts: Part A supported health sector adjustment aimed at: (i) strengthening financial and operational management; (ii) improving basic health services; (iii) increasing cost recovery; (iv) improving essential drugs availability; and (v) developing population and nutrition policies. Part B supported improvements in basic health and family planning services through activities to: (i) improve facilities and strengthen priority programs; (ii) develop health education and community initiatives in health and nutrition; and (iii) develop health manpower.

The objectives of assisting the government in introducing policy reform in the health sector within the overall framework of its structural adjustment program were substantially achieved. Studies aimed at improving sector policy were carried out and were instrumental in the development and implementation of key reform measures, including according hospitals greater financial and managerial autonomy and prompting improvements in resource mobilization and hospital management; adoption of a law in June 1995 on cost recovery for the non-hospital sector; increased participation of communities in financing and management of health services; and development of a sector plan which espouses the district (decentralized) health approach. The project contributed greatly to policy formulation, reform, and strengthening capacity in planning and service delivery.

The program objectives were also substantially met. Project investments to upgrade the technical skills of service providers and to strengthen infrastructure and technical equipment of selected health facilities contributed to improvements in the quality and coverage of health services and increased

capacity for receiving and treating patients. In addition, a number of priority health programs and services were strengthened through improved strategic management. Notable achievements in this regard include: the creation of an interministerial committee for malaria control; the definition of a national, multisectoral nutrition policy; the creation of a national program on diarrheal disease; strengthening of the health education program at the central and departmental levels; and the initiation and successful implementation of community participation in health and nutrition activities. Among the quantifiable results of these interventions are: greater awareness and action on the part of communities for understanding and taking charge of their own health issues and problems; an increase in both immunization rates and prenatal consultations; and improvements in maternal health indicators. The subcomponents for vaccination coverage the training program were successfully implemented, however, they reached only a portion of those intended.

The Operations Evaluation Department (OED) has upgraded the rating of project outcome from satisfactory to highly satisfactory due to the substantial achievements of the project across a range of reform and investment actions, especially given the difficult environment. Institutional development has been changed from partial to high as sectoral capacity was substantially improved. OED agrees with the ICR in rating sustainability as likely, and Bank performance as satisfactory.

The lessons identified by the ICR suggest: (a) project objectives should be sufficiently modest and based on a sound knowledge of the existing situation; (b) clear targets and indicators should be set at the outset; (c) inadequate management/institutional capacity is found to be more constraining of good sector performance than resource availability; and (d) financial participation of the communities has caused them to be more involved in, and more demanding of, health service delivery, prompting the public service to strive to be more client-oriented.

The ICR is exemplary, as is the borrowers contribution. An audit is planned.

Megan -
These are the
last corrections.
😊 Thanks -
Lama

OFFICE MEMORANDUM

DATE:

TO: Mr. Theodore O. Ahlers, Director, AFC13

FROM: Roger Slade, Acting-Director, OED

EXTENSION: 81293

SUBJECT: **REPUBLIC OF NIGER: Health Project (Credit 1668-NIR)
Implementation Completion Report**

please copy
this &
to other
memo &
Study on the
evidence presented

- Attached is a draft Evaluative Memorandum (EM) from the Director-General, Operations Evaluation, which is based on OED's review of the Implementation Completion Report (ICR). We would appreciate receiving any comments you might have by
- Based on this review, the ratings we intend to include in the OED Annual Review database are shown below:

	<u>OED</u>	<u>ICR</u>
Outcome	Highly Satisfactory	Satisfactory
Sustainability	Likely	Likely
Institutional Development	High	Modest
Bank Performance	Satisfactory	Satisfactory
Borrower Performance	Satisfactory	Satisfactory

See next
page too
→

- OED believes the ICR understates ^{the is} project achievements and rates outcome as highly satisfactory and institutional development as high. Project achievements were significant despite a difficult operating environment, and sectoral capacity has been strengthened substantially. OED has upgraded the rating for project outcome to highly satisfactory as project achievements were substantial and commendable, particularly given the difficult environment in Niger. Institutional development has also been upgraded from modest to high due to the extensive contributions the project has made in strengthening sectoral capacity for planning and management.

- The ICR is exemplary:

- Documentation of implementation and the project's achievements is both detailed and complete, and analysis is thorough and well-grounded. The lessons learned are thoughtful and extremely relevant, both in the country-specific context and the general context which could be applied to projects in other regions.

Use para
from
EVM
starting
with

- The Aide-Memoire is notable for its clarity and thoroughness. In addition, it is laudable for the inclusion of other donors (the Dutch, UNICEF) who participated in the ICR mission, a practice which should be standard but rarely is.
- The borrower's evaluation of the project and the contribution to ICR found in Part B are exemplary. The participatory evaluation of the project conducted by the government is especially commendable. Three levels of evaluation took place: internal (to the Ministry of Public Health), external, and client perspective through a beneficiary assessment. In addition, an evaluation workshop brought the stakeholders together to discuss implementation and lessons learned. Such participatory evaluation can be extremely valuable in building project ownership and expanding evaluation capacity. The preparation of the follow-on project should benefit from the workshop, team-building, and ownership that the workshop engendered. OED would like to share both the government's contribution to the ICR and its participatory evaluation with other regions as best practice in evaluating completed projects.

5. The only shortcoming in the ICR is the lack of a plan for future operation of the project, as required under BP 13.55. This section should include discussion of the measures agreed to ensure the continuation of project benefits, indicators for monitoring and evaluating future operations, and the Bank's follow-up actions. The latter were indeed discussed in the ICR in the matter of the Sector Investment Project currently being prepared in Niger, however the former two are crucial and should have been addressed.

Attachment

Bank's

Program

cc: Ms. Alexander (OPRDR) and Mr. de Ferranti (HDD)

ICR/PIF COVER SHEET

Run Date: 8/02/96

OED ID: C1668	Division: 1	
Country: Niger		
Project Description: Health		
Sector: 04	/ Human Resource	
Subsector: 04.05	/ Pop., Health & Nutr.	
Lending Instrument Type: SIM		
L/C: C1668		
Original IDA/IBRD Commitments: 27,800,000	(\$US)	
Total Cancellations: 328,074	(\$US)	

Key Dates	ORIGINAL	ACTUAL
Approval		3/20/86
Signing/Agreement		4/14/86
Effectiveness	11/03/86	11/03/86
Closing	6/30/93	6/30/95
PCR Receipt in OED		6/29/96

EVALUATOR NAME: Laura Roneydue Oct 30, '96 *[Signature]*

EVALUATOR SIGNATURE: _____

DATE: _____

Please confirm the above information, sign and date this sheet and return a photo-copy to Helen Sioris when the EVM/Regional memo/PIF packet is submitted to OED Director.

***** TO BE COMPLETED BY EVALUATION OFFICER *****

* Date of Review: _____
 * (mm / dd / yy)

* Name of Reviewer: _____

* Type of Evaluation: PCR Review ☐ PAR Review ☐

* If this is a PAR Review, are there major differences in the judgements from those made in the PCR Review?

* Yes ☐ No ☐

* If Yes, please discuss in detail on page 26 of the PIF

* ORIGINAL LATEST
 * Date of Physical Completion (mm/dd/yy) (mm/dd/yy)

* Total Project Cost (\$US mill) _____

* Applicable Disbursement Profile: _____
 * (see note 11 in the PIF, page 31)

* Number of Supervision Missions: _____
