



REPUBLIQUE DU NIGER

FRATERNITE-TRAVAIL-PROGRES

MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

Institut National de la Statistique

Direction des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales



ETUDE SUR LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE AU NIGER



UNION EUROPÉENNE

Juin 2015

Table des matières

Liste des Tableaux	iii
Liste des graphiques	vii
Avant-propos	viii
Liste des sigles et abréviations	ix
Résumé	x
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS	2
1.1. Objectifs de l'étude	7
1.1.1 Objectif général	7
1.1.2 Objectifs spécifiques.....	7
1.2. Résultats attendus.....	8
1.3. Méthodologie de l'étude.....	8
1.3.1. Revue de la littérature.....	8
1.3.2. Collecte et exploitation des données complémentaires sur le terrain	9
1.3.2.1. Echantillonnage	9
1.3.2.2. Les outils.....	10
1.3.3. Déroulement de l'enquête sur le terrain	10
1.3.4. Difficultés rencontrées	11
II. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	13
2.1. Principaux résultats de la revue documentaire.....	13
2.1.1. Résultats obtenus sur la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins de santé	13
2.1.2. Recommandations tirées de la revue documentaire	15
2.1.3. Conclusion de la revue documentaire.....	17
2.2. Principaux résultats issus de l'enquête sur le terrain au Niger	18
2.2.1. Résultats relatifs aux supports et services de soins de santé fournis dans le cadre de la politique de la gratuité des soins	18
2.2.1.1. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les CSI	20
2.2.1.2. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les hôpitaux de District (HD).....	21
2.2.1.3. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les CHR/MRR/CSME	22
2.2.1.4. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les hôpitaux nationaux..	23

2.2.2. Résultats relatifs au personnel et aux formations	25
2.2.3. Résultats relatifs à la disponibilité des intrants (Produits et consommables médicaux, moyen d'évacuation, suppléments nutritionnels)	29
2.2.4. Résultats relatifs aux procédures de production et de transmission des factures liées à la gratuité des soins.....	34
2.2.5. Résultats relatifs à la situation de remboursement	40
2.2.6. Résultats relatifs aux appuis des partenaires sur la gratuité des soins de santé	43
2.2.7. Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques de la femme ou de l'accompagnant de l'enfant.....	48
2.2.8. Résultats relatifs à la connaissance de la gratuité des soins de santé par les bénéficiaires	48
2.2.9. Résultats relatifs à la satisfaction des bénéficiaires	53
2.2.10. Résultats relatifs à la prise en charge dans les centres de santé	56
2.2.11. Résultats relatifs au changement de comportements des bénéficiaires depuis l'introduction de la gratuité des soins.....	58
CONCLUSION	59
RECOMMANDATIONS.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXE 1 : Liste des personnes ayant participé à la rédaction du rapport.....	67
ANNEXE 2 : Liste des tableaux.....	68
ANNEXE 3 : Questionnaires	75

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Répartition des structures enquêtées par région	11
Tableau 2 : Proportion des structures par type de prestations fournies.....	19
Tableau 3 : Proportion des structures ayant connu une rupture d'un ou plusieurs outils de gestion au cours des 12 derniers mois.....	19
Tableau 4 : Proportion d'admis pour la gratuité selon le type de structure de 2008 à 2014.....	25
Tableau 5 : Nombre de personnels par catégorie selon le type de structure	27
Tableau 6 : Nombre de Médecins selon le type de CSI.....	28
Tableau 7 : Proportion des structures dont au moins un agent a reçu une formation dans le cadre de la gratuité des soins.....	28
Tableau 8 : Proportion des structures dont au moins un agent a reçu une formation dans le cadre de la gratuité des soins selon le type de formation	29
Tableau 9 : Proportion des structures par type de moyen d'évacuation utilisé.....	29
Tableau 10 : Proportion des structures par type de moyen d'évacuation utilisé selon l'état du moyen d'évacuation	30
Tableau 11 : Proportion des structures n'ayant pas de stock de médicaments essentiels nécessaires pour assurer la prise en charge correcte des patients	30
Tableau 12 : Proportion des structures par type de système de gestion utilisé	31
Tableau 13 : Proportion des structures ayant connu une rupture de produits de 2008 à 2014	31
Tableau 14 : Taux de ruptures de produits par structure de 2008 à 2014	33
Tableau 15 : Proportion des structures par type de tarification appliquée	34
Tableau 16 : Proportion des structures portant à la connaissance des bénéficiaires les tarifs officiels appliqués	35
Tableau 17 : Répartition des structures par type d'outils/instruments de gestion utilisée pour l'élaboration des factures/fiches récapitulatives.....	36
Tableau 18 : Proportion des structures ayant un mécanisme interne de contrôle et de vérification des factures/fiches récapitulatives	36
Tableau 19 : Proportion des structures selon le moyen d'envoi des factures/fiches récapitulatives au niveau central.....	37
Tableau 20 : Répartition des structures recevant l'accusé de réception des factures	37

Tableau 21 : Répartition des structures par délai moyen de réception de l'accusé de réception des factures.....	37
Tableau 22 : Proportion des structures par type de difficultés rencontrées dans l'établissement des fiches, reçus/factures	38
Tableau 23 : Proportion des structures par type de recommandations pour l'amélioration du système de gratuité de soins de santé	38
Tableau 24 : Proportion des structures ayant déclarées avoir donné des ordonnances aux patients après consultation	39
Tableau 25 : Proportion des structures ayant donné une information sur la situation de remboursement des factures de 2008 à 2014	40
Tableau 26 : Quelques indicateurs de la situation de remboursement des structures de 2008 à 2014	41
Tableau 27 : Proportion des structures par délai moyen de remboursement des frais liés à la gratuité des soins	42
Tableau 28 : Proportion des structures selon l'utilisation faite des frais remboursés	42
Tableau 29 : Proportion des structures selon la part du montant remboursé alloué à l'achat des médicaments	43
Tableau 30 : Proportion des structures recevant un appui quelconque des partenaires	43
Tableau 31 : Répartition des structures recevant un appui selon les partenaires dans la mise en œuvre de la gratuité des soins	44
Tableau 32 : Répartition des structures selon le type d'appui des partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins	45
Tableau 33 : Situation de remboursement globale des factures de 2008 à 2014	45
Tableau 34 : Appui de quelques partenaires dans le cadre de la gratuité des soins de santé	47
Tableau 35 : Proportion des bénéficiaires (en %) de la gratuité des soins de santé selon le niveau d'instruction	48
Tableau 36 : Répartition des bénéficiaires selon leur connaissance ou pas de la politique de la gratuité des soins de santé.....	48
Tableau 37 : Répartition des bénéficiaires connaissant l'existence de la politique de la gratuité selon le canal d'information	49
Tableau 38 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant le paquet des soins de santé rendu gratuit chez les femmes	49

Tableau 39 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant le paquet des soins de santé rendu gratuit chez les enfants	50
Tableau 40 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé selon la région	51
Tableau 41 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant ou pas que l'Etat rembourse les frais des soins et services de santé rendus gratuits	51
Tableau 42 : Répartition des bénéficiaires par type de prestation.....	52
Tableau 43 : Proportion des bénéficiaires (en %) en consultation selon le temps d'attente pour voir le prestataire	53
Tableau 44 : Proportion des bénéficiaires (en %) par type d'opinion sur les services reçus de la structure de santé dans le cadre de la gratuité	53
Tableau 45 : Proportion des bénéficiaires (en %) rencontrant des difficultés selon leur degré	54
Tableau 46 : Répartition des bénéficiaires (en %) selon leur opinion sur le recours au centre de santé	55
Tableau 47 : Proportion des bénéficiaires (en %) par type de recommandation pour l'amélioration du système de gratuité de soins de santé	55
Tableau 48 : Proportion des bénéficiaires (en %) ayant affirmé avoir payé une certaine somme pour les prestations reçues.....	56
Tableau 49 : Proportion des bénéficiaires (en %) ayant affirmé avoir payé une certaine somme pour les prestations reçues par tranche des montants selon la raison avancée.....	57
Tableau 50 : Proportion des bénéficiaires ayant reçu une prescription des médicaments de la part du prestataire	57
Tableau 51 : Proportion des bénéficiaires selon le premier type de recours depuis l'introduction de la gratuité des soins	58
Tableau A1 : Nombre moyen de personnels par catégorie selon le type de structure.....	69
Tableau A2 : Proportion des structures communiquant les tarifs aux patients par type de canal utilisé	70
Tableau A3 : Proportion (en %) des bénéficiaires connaissant l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé selon le groupe d'âge.....	71
Tableau A4 : Répartition des bénéficiaires selon le lien de parenté avec l'enfant malade.....	71
Tableau A5 : Proportion des bénéficiaires (en %) selon la recommandation ou pas sur les services reçus de la structure de santé dans le cadre de la gratuité	72

Tableau A6 : Répartition des structures ayant fourni l'information d'admis pour la gratuité de 2008 à 2014.....	72
Tableau A7 : Répartition des structures ayant donné une information sur la situation de remboursement des factures de 2008 à 2014	73
Tableau A8 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CSI par type de prestation de 2008 à 2014	73
Tableau A9 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux de district par type de prestation de 2008 à 2014.....	74
Tableau A10 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CHR/MRR/CSME par type de prestation de 2008 à 2014	74
Tableau A11 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux nationaux par type de prestation de 2008 à 2014.....	74

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CSI par type de prestation de 2008 à 2014	21
Graphique 2 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux de district par type de prestation de 2008 à 2014.....	22
Graphique 3 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CHR/MRR/CSME par type de prestation de 2008 à 2014	23
Graphique 4 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux nationaux par type de prestation de 2008 à 2014.....	24
Graphique 5 : Proportion des structures par type de tarification appliquée	35
Graphique 6 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant le paquet des soins de santé rendu gratuit chez les femmes	50
Graphique 7 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé selon la région	51
Graphique 8 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant que l'Etat rembourse les frais des soins et services de santé rendus gratuits.....	52

Avant-propos

La politique de la gratuité des soins de santé est une politique mise en œuvre par l'Etat du Niger à partir de 2006, en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de cinq (5) ans. Plusieurs études d'évaluation réalisées ont révélé que cette politique contribue à une amélioration significative des indicateurs de santé au sein des populations cibles. Cependant, elle rencontre d'énormes difficultés. En effet, de nombreuses structures sanitaires indiquent qu'elles font face à des contraintes majeures dans la récupération des sommes qu'elles mobilisent et investissent dans le préfinancement des soins et services qu'elles fournissent aux populations cibles. Cette politique est aussi menacée par certaines insuffisances, notamment en ce qui concerne son financement et sa gestion. C'est pour relever les différents obstacles majeurs, handicapant la mise en œuvre de cette politique que le Ministère des Finances (MF) a demandé à l'Institut National de la Statistique (INS) de réaliser cette étude dont les principaux résultats constituent un outil précieux pour l'amélioration de la politique de santé au Niger.

La Direction Générale de l'INS adresse ses sincères remerciements à tous les membres de l'équipe technique ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude financée essentiellement avec les ressources propres.

Idrissa ALICHINA KOURGUENI

Liste des sigles et abréviations

AFD	Agence Française de Développement
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPN	Consultation Prénatale
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de santé Mère Enfant
DEP	Direction des Etudes et de la programmation
DF	Division Financement
DGB	Direction Générale du Budget
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DSEDS	Direction des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales
ECD	Equipe Cadre de District
EDSN	Enquête Démographique et de Santé du Niger
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
HD	Hôpital de District
HN	Hôpital National
INS	Institut National de la Statistique
LASDEL	Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local
MF	Ministère des Finances
MIG	Maternité Issaka Gazoby
MRR	Maternité de Référence
MSP	Ministère de la Santé Publique
NC	Non Concerné
ND	Non Disponible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PAM	Programme alimentaire mondial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PTF	Partenaire Technique et Financier
SPIS	Service de la Programmation et de l'Information Sanitaire
UNFPA	Fonds des Nations Unis pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance

Résumé

La politique de la gratuité des soins de santé, mise en œuvre au Niger à partir de 2006, a permis d'améliorer de manière sensible, l'accès des populations vulnérables aux soins et services de santé. En effet, entre 2006 et 2012, l'utilisation des services prénatals a presque doublé et est passée de 46% en 2006 (EDSN-MICS III) à 83% en 2012 (EDSN-MICS IV). L'utilisation de méthodes contraceptives modernes a aussi connu une légère augmentation, passant ainsi de 5% en 2006 (EDSN-MICS III) à 12% en 2012 (EDSN-MICS IV). Le nombre de césariennes est passé du simple (0,8%) au triple (2,8%), d'après le rapport du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) de 2012 au cours de la même période. La proportion d'enfants de 12 à 23 mois, complètement vaccinés, est passée de 29% en 2006 (EDSN-MICS III) à 52% en 2012 (EDSN-MICS IV). Cependant, plusieurs goulots d'étranglements ont été relevés dans sa mise en œuvre.

Ainsi, il ressort des principaux résultats de l'étude :

- ✓ que dans de nombreuses formations sanitaires, il y a une faiblesse dans la production et la gestion des données statistiques relatives à la politique de la gratuité des soins de santé ;
- ✓ qu'il y a un taux de remboursement très faible de l'Etat, aux formations sanitaires, des frais engagés dans la politique de gratuité des soins de santé, couplé à un retard considérable dans le remboursement des factures ;
- ✓ qu'un nombre important de formations sanitaires (99%) affirment disposer au moment de l'enquête des molécules essentielles pour la prise en charge correcte des malades bénéficiaires de la politique de gratuité des soins de santé dans toutes les structures visitées. Ceci laisse penser que les formations sanitaires ont recours à d'autres sources de financement pour fonctionner et assurer la prise en charge des frais liés à la politique de la gratuité des soins de santé ;
- ✓ que la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins de santé semble ne pas être véritablement effective dans beaucoup de structures sanitaires, car 68% de celles-ci affirment donner des ordonnances aux malades bénéficiaires ;
- ✓ que d'autres problèmes liés au fonctionnement de la politique existent, notamment l'insuffisance du personnel sanitaire en quantité et en qualité, le non-respect de la tarification forfaitaire, ...
- ✓ que les populations bénéficiaires de la politique de gratuité des soins de santé semblent être plus informées sur l'existence de cette politique à Tahoua (98%) qu'à Niamey (84%) ;

- ✓ qu'une majorité des populations bénéficiaires (73%) pensent qu'en évitant les ruptures de médicaments dans les formations sanitaires publiques, le système pourra être amélioré davantage ;
- ✓ que 11% des populations bénéficiaires enquêtées ont affirmé avoir payé « une certaine somme » pour être pris en charge par les agents de santé, dans le cadre de la politique de gratuité des soins.

Quant aux partenaires, ils ont relevé entre autres obstacles à la bonne marche de la politique de gratuité des soins de santé :

- ✓ des contraintes sur le circuit des dépenses ;
- ✓ un manque de fiabilité des factures produites par les formations sanitaires ;
- ✓ des difficultés à disposer des données statistiques et des informations sur la mise en œuvre de cette politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ un manque d'étude de faisabilité au démarrage de la mise en œuvre cette politique ;
- ✓ l'absence d'une structure autonome de gestion de la politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ une grande ambition sur les populations cibles de la politique de gratuité des soins de santé qui représentent plus de la moitié des patients ;
- ✓ une faiblesse du système de suivi, notamment dans les zones périphériques ;
- ✓ la couverture d'une grande gamme de prestations de santé liées à la politique gratuité des soins de santé, insupportable à long terme ;
- ✓ la mobilité et l'absence de motivation des responsables de la cellule gratuité des soins de santé ;
- ✓ l'insuffisance de l'inscription budgétaire et des lacunes dues aux manuels d'exécution des soins de santé retenus dans la politique de gratuité des soins de santé.

Pour améliorer cette politique de gratuité de soins de santé et la rendre plus viable, pérenne et bénéfique pour les populations cibles, il serait souhaitable, pour le Gouvernement :

- ✓ de prendre les dispositions nécessaires pour le remboursement, dans les meilleurs délais, des arriérés accumulés vis-à-vis des différentes formations sanitaires ;
- ✓ d'imposer un système de gestion unique à toutes les structures sanitaires ;
- ✓ de créer une structure de gestion autonome de la politique de gratuité des soins de santé avec des organes décentralisés ;

- ✓ de créer un véritable dispositif fonctionnel et optimal pour un meilleur suivi de la politique de gratuité des soins de santé par l'équipe centrale chargée de la mise en œuvre de cette politique (mettre plus de moyens financiers et ressources humaines) ;
- ✓ de favoriser une meilleure communication et un meilleur feedback, entre le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé Publique ;
- ✓ d'assurer un suivi régulier et plus efficace de la mise en œuvre de la gestion de cette politique de gratuité des soins de santé, en mettant en place, par exemple, un contrôleur financier au niveau national, régional et départemental ;
- ✓ de renforcer les capacités du personnel de santé dans l'établissement des factures liées aux prestations et soins fournis dans le cadre de cette politique ;
- ✓ de valoriser les apports des partenaires, en les comptabilisant dans l'assiette globale de la politique de gratuité des soins de santé au Niger ;
- ✓ de revoir les populations cibles, pour tenir compte de la situation économique réelle des bénéficiaires ;
- ✓ de régler le problème de mobilité du personnel chargé de la mise en œuvre de cette politique, en évitant notamment leur forte mobilité afin de capitaliser l'expertise et en mettant aussi en place un système incitatif ;
- ✓ de mobiliser les ressources conséquentes pour la mise en œuvre de cette politique de gratuité des soins à la hauteur de l'ambition politique.

INTRODUCTION

En Afrique en général et au Niger en particulier, les secteurs sociaux de base font face à d'énormes difficultés (faible niveau de financement, problèmes de gouvernance,...), obligeant le plus souvent les populations à chercher d'autres solutions alternatives pour satisfaire leurs besoins sociaux essentiels et fondamentaux. Cela se traduit sur le terrain par une crise de confiance par rapport aux services publics et produits mis à leur disposition dont les conséquences les plus visibles se manifestent par une faible fréquentation de ces services publics dont la majorité enregistre un niveau de fonctionnement très peu satisfaisant.

La santé est l'un de ces secteurs qui préoccupent le plus les autorités politiques. En 2004, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au Niger, une (1) femme sur vingt-trois (23) meurt pendant la grossesse ou l'accouchement (contre 1 sur 42 en Afrique). L'accès aux soins obstétricaux d'urgence constitue un véritable défi. Alors que l'OMS estime qu'un taux normal d'accouchement par césarienne se situe entre 5 et 15%, ce taux au Niger ne dépasse pas 1,4%. Selon les résultats de l'EDSN 2006, près d'une (1) femme enceinte sur deux (2), soit 46%, bénéficie de soins prénatals et près d'un (1) enfant sur six (6) meurt avant d'atteindre l'âge de cinq (5) ans (198‰). Au regard de toutes ces statistiques, le Niger est l'un des pays où les taux de mortalité maternelle et infantile sont les plus élevés au monde.

Face à cette situation préoccupante, le Gouvernement du Niger a pris, à partir de 2006, de nombreuses mesures, parmi lesquelles la mise en œuvre d'une politique de gratuité des soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans.

Ces mesures devraient contribuer à l'atteinte des objectifs, non seulement du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015), mais aussi ceux du Millénaire pour le Développement (OMD 4 et 5), relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En outre, toutes ces mesures citées ci-haut ont été prises pour améliorer l'accès des populations vulnérables aux services sociaux de base en général et de la santé en particulier.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS

La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipule qu'une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations¹. L'organisation incite donc les pays à recourir à la promotion de la santé pour tous, en s'attaquant à ses déterminants.

En septembre 2000, lors du sommet du Millénaire des Nations Unies, les dirigeants des pays riches et des pays pauvres ont engagé leurs nations respectives dans un ambitieux partenariat mondial visant à réduire l'extrême pauvreté et les inégalités. Cet engagement s'est traduit en huit (8) objectifs de développement, appelés Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à atteindre en 2015. Trois (3) de ceux-ci concernent particulièrement la santé : i) réduire la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans (OMD 4), ii) améliorer la santé maternelle (OMD 5), iii) combattre le VIH, le paludisme et la tuberculose (OMD 6).

Dans cette perspective, les exemptions au paiement des frais des soins ont fait l'objet d'un débat international dans la plupart des fora internationaux. Elles ont été abordées comme un des moyens d'améliorer l'accès équitable aux soins et services de santé en Afrique (Ridde et al., 2009) face au mode de paiement direct qui limite l'accès des plus pauvres aux services de santé.

Ces mesures de paiement direct par l'utilisateur ont fait l'objet d'une remise en cause de plus en plus affirmée, y compris au sein même des institutions internationales qui en ont fait initialement la promotion. C'est notamment le cas de la Banque Mondiale qui, dans son « Rapport sur le développement dans le monde » de 2004, ne considère plus cette politique comme solution unique, mais au contraire comme une modalité de financement parmi tant d'autres. Dans le cadre de sa nouvelle stratégie « Santé, Nutrition et Population », adoptée en avril 2007, le paragraphe 105 de cette stratégie mentionne explicitement l'intention de la Banque Mondiale d'apporter son appui aux pays désireux d'instaurer l'accès gratuit aux soins de santé dans les centres publics de santé.

L'Union Européenne et ses Etats membres ont également affirmé, à plusieurs reprises, leur intention de promouvoir l'accès gratuit aux soins de santé primaires. Ainsi, en décembre 2005, dans le cadre de leur coopération avec l'Afrique, les Etats membres ont adopté un document stratégique intitulé « EU and Africa : Towards a Strategic Partnership » dans lequel ils s'engagent à

¹ OMS : Documents fondamentaux, Supplément 2006.

fournir une aide prévisible et pluriannuelle en direction des systèmes de santé en Afrique, afin que tous les africains puissent avoir accès aux soins de santé primaires gratuitement, lorsque les gouvernements en décideront ainsi.

Le plan d'action 2008-2010, adopté au Sommet UE-ACP de Lisbonne (décembre 2007), mentionne, quant à lui, l'abolition du paiement direct par les usagers, parmi les actions à entreprendre en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé, particulièrement les objectifs quatre (4) et cinq (5).

Le Secrétariat Général des Nations unies s'est aussi prononcé en faveur de la politique de gratuité des soins de santé dans le cadre de son rapport « Dans une liberté plus grande », publié en amont du sommet du Millénaire +5 de Septembre 2005.

Concernant les partenaires bilatéraux, le Royaume-Uni s'est inscrit dans cette tendance et s'est imposé comme le plus favorable à l'instauration de la gratuité d'accès aux soins de santé primaires. Enfin, la déclaration finale du G8 en 2005 à Gleneagles constitue, sans aucun doute, l'engagement le plus fort et le plus symbolique, dans la mesure où il émane des huit (8) pays donateurs les plus riches et les plus influents au monde. En effet, à l'occasion de ce sommet, les huit (8) Chefs d'Etat et de Gouvernement de ces pays ont clairement exprimé leur intention de soutenir les initiatives nationales visant à instaurer la gratuité d'accès aux soins de santé primaires pour les enfants de moins de cinq (5) ans.

Suite aux grandes déclarations d'intention des principaux partenaires internationaux, plusieurs pays, notamment africains, ont décidé de se lancer dans l'adoption et la mise en œuvre de politiques d'amélioration de l'accessibilité financière des couches vulnérables aux soins de santé primaires, à travers l'instauration de l'exemption au paiement des frais y afférents. Sur le continent africain, cette politique a été mise en application dans les pays suivants : le Kenya, le Niger, le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Mali, le Bénin, le Sénégal et le Soudan du Nord.

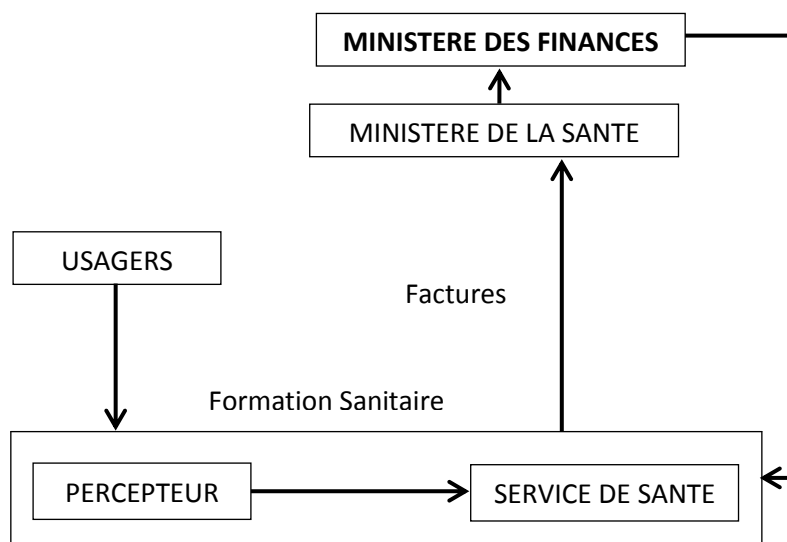
Tous ces pays ont instauré des politiques publiques visant à garantir l'accès gratuit à un paquet de soins de santé primaires pour les enfants de moins de cinq (5) ans, les personnes âgées et les femmes à certaines prestations de soins de santé spécifiques.

Le Gouvernement du Niger a mis en place, à partir de 1994, une politique de recouvrement partiel des coûts de soins de santé auprès des usagers, élément central de l'initiative de Bamako à laquelle il a souscrit en 1987.

Depuis cette date, ce système de recouvrement des coûts fonctionne au Niger sur la base du paiement direct par l'utilisateur d'un forfait pour la consultation et les médicaments, forfait devant permettre de couvrir l'achat, par la formation sanitaire concernée, des médicaments et de certains de ses frais de fonctionnement. Le recouvrement des coûts, qui repose aussi sur la gestion par des comités d'usagers, est la modalité principale d'accès aux services de santé jusqu'en 2005, date à laquelle une série de dérogations à ce paiement a été décidée par le Gouvernement. En effet, il était apparu que le paiement direct constituait une barrière financière pour les populations les plus vulnérables à l'accès aux soins de santé, particulièrement pour un pays pauvre comme le Niger où elles représentent la plus grande part (autour de 60% selon certaines estimations). C'est dans ce contexte que le Gouvernement a choisi de prendre en charge, gratuitement, certaines prestations pour les femmes, et les enfants de moins de cinq (5) ans.

Pour les femmes, les prestations de soins de santé rendues gratuites sont : la planification familiale, la consultation prénatale, la césarienne, la prise en charge du cancer gynécologique. Quant aux enfants de moins de cinq (5) ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs.

Ainsi, à partir de 2006, on a assisté à l'introduction d'un tiers-payant dans le système de santé du Niger. A travers cette mesure, l'Etat du Niger paie les coûts de prestations à la place des bénéficiaires. Le système de la gratuité des soins de santé mis en place depuis cette période a fonctionné selon le schéma suivant :



La gratuité des soins de santé consiste à fournir des prestations de soins de santé à la population cible, sans qu'elle ne participe au paiement direct de ces prestations.

Pour appuyer ces mesures, les textes suivants ont été adoptés par le Gouvernement :

- le décret 2005-316/PR/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements publics de santé ;
- le décret N° 2007-261 / PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé ;
- l'arrêté N°0015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du Décret de la césarienne ;
- l'arrêté N°65/MSP/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 accordant la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs ;
- l'arrêté N°079/MSP/MFE du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de moins de cinq (5) ans.

Pour faciliter la compréhension de la mise en œuvre des modalités d'application de toutes ces mesures, plusieurs directives et autres notes d'explication sont venues compléter ces dispositions.

En plus de ces dispositions, une ligne budgétaire a été créée en 2006, en faveur de la gratuité des soins de santé, qui est alimentée en crédits, chaque année, par le Ministère chargé des Finances. Outre les efforts consentis par l'Etat, plusieurs partenaires (AFD, UNFPA, UNICEF, OMS, ONGs,...) accompagnent la mise en œuvre de cette politique, par la mise en place de certains intrants, la prise en charge des frais de la gratuité de l'accouchement et les références nationales.

Cette politique de gratuité des soins de santé a apporté des améliorations spectaculaires quant à la demande des soins de santé (OMS, 2011). En effet, entre 2006 et 2012, l'utilisation des services prénatals a presque doublé et est passée de 46% en 2006 (EDSN-MICS III) à 83% en 2012 (EDSN-MICS IV). L'utilisation de méthodes contraceptives modernes a aussi connu une légère augmentation, passant ainsi de 5% en 2006 (EDSN-MICS III) à 12% en 2012 (EDSN-MICS IV). Le nombre de césariennes est passé du simple (0,8%) au triple (2,8%), d'après le rapport du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) de 2012 au cours de la même période. La proportion d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés est passée de 29% en 2006 (EDSN-MICS III) à 52% en

2012 (EDSN-MICS IV). Le recours aux services de santé par les femmes et les enfants a donc augmenté depuis que ces mesures de gratuité des soins de santé ont été mises en œuvre. La mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans, est passée de 198 pour mille en 2006 à 127 pour mille en 2012.

Cependant, en dépit de la volonté manifeste des autorités d'améliorer l'accès des populations aux services de santé, des insuffisances ont été relevées dans le financement et la gestion de la politique de gratuité de soins² de santé.

D'abord, celui-ci est menacé par un niveau de financement très insuffisant. Ceci fait craindre un ralentissement des progrès réalisés. Entre 2007 et 2011, le budget annuel moyen alloué à cette politique était évalué à 4 milliards de francs CFA³. Des efforts ont été consentis pour porter les ressources allouées à 8 milliards en 2012. En dépit de ce renforcement, le processus de remboursement des factures reste un défi. Ainsi, d'importantes factures des formations sanitaires restent impayées. Celles-ci sont estimées à plus de 25 milliards de francs CFA, du début de la gratuité en 2005 à 2015 (DF/DEP/MSP, 2015). Ceci affecte significativement la disponibilité de certains intrants nécessaires aux soins de santé dont les médicaments et les consommables médicaux, ainsi que l'offre de services de qualité aux populations cibles.

Une autre contrainte majeure relevée est le faible soutien apporté par les donateurs, bien que certains aient encouragé fortement le Gouvernement à adopter cette politique de gratuité des soins.

Une difficulté supplémentaire se trouve aussi dans l'insuffisance du contrôle interne, entraînant souvent des doubles paiements⁴. A cela, s'ajoute le retard dans le remboursement des factures. De plus, des questions subsistent quant à l'utilisation rationnelle des frais remboursés aux structures sanitaires.

La mise en œuvre de la politique de gratuité de soins de santé connaît donc des contraintes majeures. Elles sont liées à la faiblesse du niveau de financement et au processus souvent très long de production et de remboursement des factures des formations sanitaires par l'Etat. C'est pour relever les différents obstacles majeurs handicapant la mise en œuvre de cette

² Etudes et Travaux du LASDEL : « Une politique publique de santé au Niger : la mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants, Octobre 2011 » et cellule gratuité du MSP.

³ Résultats d'un audit mandaté par le gouvernement portant sur « le dispositif et le fonctionnement de la gratuité des soins » entre 2006 à 2010, publiés lors d'une conférence en mars 2012.

⁴ Etudes et Travaux du LASDEL : « Une politique publique de santé au Niger : la mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants », Octobre 2011.

politique que le Ministère des Finances a demandé à l'Institut National de la Statistique (INS) de réaliser cette étude.

1.1. Objectifs de l'étude

1.1.1 Objectif général

L'objectif principal de cette étude est de contribuer à identifier les facteurs majeurs qui entravent la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé et son impact sur la politique de santé et proposer les solutions pour son amélioration.

1.1.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, cette étude vise à :

- 1) évaluer le processus de production des factures relatives à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 2) évaluer le processus (circuit) de paiement des factures au niveau du Ministère de la Santé Publique (MSP) et celui chargé des Finances ;
- 3) identifier les principales difficultés rencontrées à tous les niveaux de la chaîne (usagers, prestataires, niveau central...) ;
- 4) apprécier la disponibilité des différents intrants essentiels de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé ;
- 5) évaluer l'apport des différents partenaires techniques et financiers (PTFs) en soutien à la politique de gratuité des soins de santé ;
- 6) proposer un système qui permettra d'améliorer la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé afin d'assurer sa pérennisation.

1.2. Résultats attendus

Les résultats attendus de cette étude sont les suivants :

1. un rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins de santé au Niger est disponible ;
2. les autorités politiques et les partenaires disposent d'informations de qualité permettant de mettre en place des mesures ou stratégies de renforcement de la politique de gratuité des soins de santé, en vue d'améliorer sa gestion au niveau institutionnel, administratif, technique et financier ;
3. des propositions et des recommandations sont formulées en vue de l'amélioration de la politique de gratuité des soins de santé.

1.3. Méthodologie de l'étude

La méthodologie retenue pour réaliser cette étude a été axée d'abord sur la revue de la littérature, l'exploitation des données secondaires et enfin à la réalisation d'une enquête de collecte des données complémentaires sur le terrain.

1.3.1. Revue de la littérature

Pour atteindre les objectifs fixés par l'étude, l'équipe mise en place a procédé à l'exploitation documentaire et à l'analyse des données secondaires. Elles ont consisté à l'appréciation et/ou à la vérification quantitative des prestations fournies par les formations sanitaires publiques et à l'évaluation de la qualité technique de l'offre des soins (à partir des documents ou rapports existants d'études, d'évaluation, de suivi ou de supervision et par l'observation).

En plus, en vue de documenter et d'assurer le suivi du remboursement des prestations du paquet de soins gratuits, l'équipe chargée de cette étude a exploité les bases de données du Ministère de la Santé Publique (MSP), de la Direction Générale du Budget (DGB) et de la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP) du Ministère des Finances (MF) relatives aux fonds remboursés aux différentes formations sanitaires. Ces bases de données ont permis de disposer d'informations sur le niveau de remboursement effectué (financements accordés aux différentes formations sanitaires) et des arriérés ainsi que sur le respect des délais de remboursement.

L'équipe a exploité aussi les documents administratifs et comptables des formations sanitaires exigés par le Ministère de la Santé Publique (MSP) en vue de leurs remboursements. L'exploitation de ces documents a permis d'évaluer les variations des frais concernant les remboursements des prestations de soins en fonction des structures sanitaires. L'équipe chargée de l'étude a évalué aussi l'effet sur la politique de gratuité des soins de santé, de la variation des ressources humaines et matérielles, mises à la disposition des formations sanitaires pendant la période 2006-2014.

1.3.2. Collecte et exploitation des données complémentaires sur le terrain

Les travaux d'exploitation des données secondaires ont été complétés par une collecte et une exploitation des données quantitatives/qualitatives auprès de tous les acteurs impliqués dans le processus de la gratuité des soins de santé au Niger (Ministère de la santé publique, des finances, bénéficiaires, structures sanitaires, partenaires techniques et financiers, ONGs...).

Cette collecte des données avait pour objectifs :

- ✓ de vérifier auprès des bénéficiaires l'authenticité des prestations déclarées par les formations sanitaires, de mesurer le degré de satisfaction de la population et éventuellement de relever les difficultés rencontrées pour accéder à la gratuité des soins de santé.
- ✓ d'identifier pour les structures sanitaires les services fournis au titre de la gratuité, de vérifier le processus de production des statistiques/factures ainsi que leur transmission au niveau central.
- ✓ pour les PTFs et les ONGs d'identifier et de déterminer les activités ou les apports qu'ils mènent dans le cadre de la gratuité des soins de santé, de recueillir leurs avis sur le processus d'établissement des factures liées à la gratuité et de relever les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs interventions.

Pour le niveau central (Ministère de la Santé et Ministère des Finances) en plus de la recherche documentaire, des échanges et des entretiens ont été réalisés pour compléter les informations avec les autorités et certains experts.

1.3.2.1. Echantillonnage

La collecte des données sur le terrain et celle issue de l'exploitation des documents a été conduite dans cinq (5) régions du pays à savoir Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéry et Zinder.

Plusieurs structures sanitaires ont été visitées :

- ✓ tous les hôpitaux nationaux, toutes les maternités de référence, tous les centres hospitaliers régionaux, tous les centres de santé Mère et enfants et les hôpitaux de district soit un total de trente neuf (39) structures des cinq (5) régions ont été enquêtés. Le choix de ces structures se justifie par le fait qu'en plus de la gamme des services qu'elles fournissent, elles sont aussi les points de production des factures ;
- ✓ pour les CSI, cent onze (111) sur les six cent trente neuf (639) ont été enquêtés.

Ainsi, sur les six cent soixante dix huit (678) structures sanitaires que comptent les cinq (5) régions retenues, cent cinquante (150) ont été concernées par l'enquête, soit un taux de sondage de 22%.

1.3.2.2. Les outils

Les différents outils techniques et instruments de collecte fondamentaux utilisés pour cette étude sont :

- un (1) questionnaire pour les structures sanitaires (CSI, CHR/MRR/CSME, HD, HN)
- un (1) questionnaire pour les bénéficiaires (les femmes et les enfants de moins de cinq (5) ans) ;
- un (1) manuel de l'agent enquêteur ;
- un (1) guide d'entretien pour le niveau central (MSP et MF) ;
- un (1) guide d'entretien pour les partenaires (AFD, UNFPA, UNICEF) ;
- une (1) grille d'exploitation documentaire.

1.3.3. Déroulement de l'enquête sur le terrain

Cinq (5) équipes de cinq (5) enquêteurs chacune ont été mobilisées. En moyenne, chaque équipe a visité trente (30) structures sur les quinze (15) jours prévus pour l'enquête (soit deux (2) structures par jour et par équipe). Dans chaque structure, six (6) questionnaires ont été administrés, dont un (1) pour les responsables de la structure sanitaire enquêtée et cinq (5) pour les bénéficiaires.

Le tableau n°1 ci-dessous donne la répartition des structures enquêtées par région :

Tableau 1 : Répartition des structures enquêtées par région

Région	HN	Maternité ref	CHR	CSME	HD	CSI	Total	CSI à enquêter ⁵	Total structure à enquêter
Maradi	0	0	1	1	6	129	137	22	30
Niamey	2	1	1	0	1	49	54	9	14
Tahoua	0	1	1	1	7	143	153	25	35
Tillabéry	0	0	1	1	6	182	190	32	40
Zinder	1	1	0	1	5	136	144	24	32
TOTAL	3	3	4	4	25	639	678	111	150

La collecte de données sur le terrain a été conduite du 18 Mars au 1^{er} Avril 2015 dans les cinq (5) régions retenues. Il y avait une équipe par région composée de quatre (4) enquêteurs, un (1) contrôleur et un (1) chauffeur chacune. La charge du travail par équipe pour les quinze (15) jours était telle que chaque équipe devrait visiter deux (2) structures par jour et administrer six (6) questionnaires ; un (1) questionnaire structure et cinq (5) questionnaires bénéficiaires par structure. Trois (3) équipes de supervision composées de deux (2) membres chacune avaient appuyé les équipes en leur apportant aides et conseils dans l'exécution des travaux. La supervision avait pour mission principale la vérification du remplissage correcte des questionnaires et la résolution des éventuels problèmes rencontrés. Dans l'ensemble, cette collecte s'était déroulée dans de bonnes conditions, à part quelques difficultés mineures rencontrées par les équipes de collecte.

1.3.4. Difficultés rencontrées

Les quelques contraintes rencontrées par les équipes de collecte de données sur le terrain n'ont pas été de nature à affecter la qualité des données collectées.

On note, entre autres :

- ✓ des difficultés à disposer des données statistiques relatives à la politique de la gratuité des soins de santé aux niveaux de nombreuses structures de santé ;
- ✓ du manque d'archivage des données statistiques relatives à la politique de la gratuité des soins de santé dans de nombreuses structures sanitaires ;

⁵ Le nombre des CSI à enquêter a été tiré proportionnellement aux nombre total de CSI de chaque région

- ✓ de l'absence d'interlocuteur fixe au niveau des Hôpitaux de District, concernant les renseignements à fournir aux enquêteurs ;
- ✓ du problème d'accessibilité de certains CSI tirés liés à l'enclavement ou à l'insécurité ;
- ✓ de la forte mobilité des agents responsables de la gestion de la politique de gratuité des soins de santé au niveau des différentes structures sanitaires ;
- ✓ de la non maîtrise des logiciels de gestion utilisés dans le cadre de la politique de gratuité des soins de santé par certains responsables de la gestion de la gratuité.

II. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

Les principaux résultats de cette étude, présentés ci-dessous, portent essentiellement sur la revue documentaire et l'enquête sur le terrain.

2.1. Principaux résultats relevés de la revue documentaire

La revue documentaire s'est basée sur un inventaire et une exploitation des rapports, des mémoires et des articles, des journaux et revues sur les types de politique de gratuité de soins de santé appliqués au Niger et dans certains pays de la sous-région. Il a été aussi analysé les différents textes législatifs et réglementaires qui régissent la politique de gratuité des soins au Niger ainsi que les mécanismes de financement de celle-ci.

2.1.1. Résultats obtenus de la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins de santé dans certains pays africains et au Niger relevés dans la revue documentaire

Plusieurs États d'Afrique subsaharienne notamment le Mali, le Niger, le Burkina Faso, etc. ont initié et mis en œuvre des politiques publiques d'exemption de paiement direct de certains soins pour l'ensemble de la population ou en faveur de certaines catégories sociales vulnérables. L'évaluation de ces politiques a abouti à divers résultats.

Selon les résultats de certaines études, réalisées en Afrique du Sud et à Madagascar⁶, l'abolition du paiement direct a eu des conséquences négatives sur l'adhésion des agents de santé à cette politique, dues aux insuffisances relevées lors de la phase préparatoire. A celles-ci s'ajoute par exemple, le manque de communication, qui a rendu les agents des centres de santé en Afrique du Sud frustrés, malgré le fait qu'ils soient favorables à cette mesure. La frustration en Afrique du Sud s'explique aussi par le fait que l'abolition a accru le nombre de consultations et réduit le temps accordé à chaque patient. Les ressources humaines et les médicaments n'ont pas suivi. A Madagascar, cette abolition est associée à une augmentation de 22% du nombre de consultations, après avoir pris en compte les effets de l'offre de services (qualité des services).

⁶ Walker L. et Gilson L., "We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. Social". Science and Medicine, 2004.

Au Burundi⁷, au début de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé, les retards de remboursement étaient de six (6) à neuf (9) mois, entre 2006 et 2007.

Witter et al. (2008) ont noté également un retard important de remboursement au Sénégal à propos de la gratuité de la césarienne⁸. Récemment encore, une étude a montré que l'État du Sénégal avait des dettes de plus de quatorze (14) milliards de francs CFA en 2010, envers les hôpitaux dans le cadre de cette politique et celle pour les personnes âgées⁹. Ce même auteur affirme que les retards de remboursement ont des effets non négligeables sur la capacité financière des formations sanitaires et entravent lourdement leur fonctionnement. En effet, du fait de ces retards, celles-ci ne sont plus en mesure d'acheter les médicaments nécessaires à partir de leurs recettes propres. Elles ont continué à acheter des médicaments à partir de leurs anciens bénéfices thésaurisés, pour soigner les patients, sans attendre les remboursements. Au fil du temps, les caisses des formations sanitaires se sont vidées. L'assèchement des caisses a accentué davantage les ruptures fréquentes de médicaments et surtout, les formes pédiatriques, plus chères, ont presque disparu des centres de santé.

Ces effets de la baisse des recettes apparaissent dans d'autres cas. En effet, en Ouganda¹⁰, l'absence de remboursement a mis les structures sanitaires dans l'incapacité d'assumer les dépenses récurrentes. Cela s'est traduit par une pénurie de médicaments et des laboratoires non fonctionnels. Dans d'autres pays, des stratégies semblables ont été développées pour faire face à la pénurie de médicaments.

Dans plusieurs pays africains, certains auteurs ont mis en exergue les insuffisances de ces politiques. Ce sont l'absence de sources pérennes de financement, avec pour corollaire le remboursement tardif des structures de santé, la mauvaise communication, une insuffisance dans les mécanismes de suivi-évaluation et de coordination, les imprécisions sur la prise en charge de la référence et une faible motivation du personnel¹¹.

⁷ **Who**, "Success Stories of Health Financing Reforms for Universal Coverage", Burundi, 2011.

⁸ **Witter S., Armar-Klemesu M. et Dieng, T.**, "National Fee Exemption Schemes for Deliveries. Comparing the Recent Experiences of Ghana and Senegal", 2008.

⁹ **Mbaye E., Kâ O. et Bâ C.T.**, "Le plan sésame : une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectées par sa mise en œuvre", 2012.

¹⁰ **Marcel D.KOUNNOU**, Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans le département de la Donga, Rapport d'étude et de recherche, 2008.

¹¹ **Richard F., Witter S., De Brouwere V.**, "Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources". Antwerp: ITGPress; 2008.

Une étude réalisée par le LASDEL pour trois (3) pays de l'Afrique de l'Ouest en 2010¹² sur « l'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Mali, Niger » a conclu que si les mesures d'exemption de politique de soins de santé ont incontestablement rehaussé la fréquentation des centres de santé, elles posent de gros problèmes quant à la fiabilité et la pérennité de ce système d'une part, et à la qualité des soins délivrés d'autre part.

Une autre étude réalisée par le LASDEL en Mars 2010¹³ au Niger a relevé une très grande inquiétude de la part du personnel de santé face aux problèmes de remboursement qui, s'ils se prolongent, comme on peut le craindre, risquent de mettre à mal l'ensemble du système de santé du Niger.

Les conclusions du rapport de l'audit financier sur la politique de gratuité des soins de santé commandité par le MSP du Niger en 2011¹⁴, font ressortir l'existence de double paiement, des écarts importants non justifiés de factures entre le niveau central et les structures opérationnelles, de même de la non maîtrise par les formations sanitaires des outils de gestion de la gratuité des soins de santé. En outre, le même rapport relève l'impossibilité de suivre la traçabilité des remboursements reçus par les structures sanitaires et de déterminer le coût exact de la gratuité des soins.

2.1.2. Recommandations tirées de la revue documentaire

Les nombreuses études réalisées en Afrique sur la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé, compte tenu des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de celle-ci ont recommandé :

Aux différents Gouvernements appliquant ces politiques de gratuité des soins de santé :

- de créer un fonds spécial d'appui à la politique de la gratuité des soins de santé et d'inciter les différents partenaires à participer à son financement ;
- d'instaurer des primes de motivation pour les agents en charge de la politique de gratuité de soins de santé ;
- d'augmenter les effectifs du personnel soignant chargé des services et prestations dans le cadre de la politique de gratuité de soins de santé ;

¹² **J.P Olivier De Sardan**, "L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Mali, Burkina Faso, Niger", Octobre 2010.

¹³ **J.P Olivier De Sardan, V Riddle, A.Diarra, A. Ousseini** "Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger", Mars 2010.

¹⁴ **MSP Niger**, "Audit des aspects financiers et organisationnels de la gratuité des soins", Décembre 2011.

- de transformer la cellule gratuité des soins de santé en l'érigeant en un EPA, ou une structure de mission, telle qu'une agence nationale d'exécution ;
- d'instaurer des audits externes à des périodicités régulières.

Aux Ministères chargés de la Santé

- de créer une Agence unique en charge de la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé, soutenue par un fonds à plusieurs guichets, pour éviter la dispersion et le cloisonnement des activités de la gratuité dans ses programmes ;
- de renforcer la communication à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- de veiller à la formation et à la mise à disposition du personnel sanitaire spécialisé (pédiatres, gynécologues, chirurgiens, anesthésistes) en vue de faire face à l'accroissement des demandes de césarienne généré par la mesure de gratuité ;
- de prendre les dispositions idoines pour accroître le taux de consommation des crédits mis à la disposition du secteur ;
- de rehausser le plateau technique des CSI pour éviter le flux des patients vers les centres de références ;
- de prendre les dispositions pour mobiliser les ressources nécessaires à la pérennisation aussi bien de la mesure de gratuité de la césarienne que de la prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans, afin d'éviter des tensions supplémentaires sur les finances publiques ;
- de poursuivre les efforts de construction et d'équipement des centres de santé et d'accroître le rythme de renouvellement des équipements et matériels, tout en veillant à l'optimalité des allocations ;
- d'améliorer les mécanismes de gestion des dons de médicaments dans le sens d'une plus grande efficacité ;
- de porter à la connaissance de la population la liste des médicaments essentiels auxquels les bénéficiaires de la décision ont droit ;
- de mettre en place un système d'information sanitaire fiable à différents niveaux ;
- de concilier la politique de planification familiale avec celle de la décision de la gratuité des soins de santé des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes pour que cette dernière ne soit pas perçue comme un encouragement à une forte natalité.
- de sensibiliser des bénéficiaires sur l'utilisation rationnelle des services de santé ;
- de former les prestataires sur l'approche centrée sur le patient ;

- d'assurer la cohérence des mécanismes de financement de la santé en vigueur au Niger : recouvrement des coûts, gratuité et assurance maladie universelle ;
- de mettre en place un mécanisme de contrôle régulier et fiable susceptible d'améliorer la réédition des comptes lors des conseils de santé au niveau régional et local.

Aux Ministères chargés des Finances

- d'instaurer des mécanismes pertinents et efficaces de vérification de l'utilisation des ressources octroyées aux formations sanitaires dans le cadre de la mise en œuvre de la décision.

A la Société civile africaine

- de renforcer la sensibilisation de la population sur le droit à la santé et la vigilance citoyenne ;
- de compléter les études existantes et de continuer à plaider pour une meilleure mise en œuvre de la mesure.

2.1.3. Conclusion de la revue documentaire

La revue de la littérature sur la politique de la gratuité des soins de santé dans les différents pays africains dont le Niger a relevé les forces suivantes :

- une volonté politique des différents gouvernements appliquant ces politiques de gratuité des soins de santé ;
- un soutien des principaux PTFs à ces politiques de gratuité des soins de santé ;
- une augmentation de l'utilisation des services de santé par les usagers ;
- une concordance de vue de l'ensemble des acteurs impliqués sur l'importance de la politique ;
- une volonté affichée d'amélioration de la politique (réalisation des audits organisationnels et financiers, création de cellule gratuité...).

L'exploitation documentaire sur la politique de gratuité des soins de santé a permis aussi de relever un certain nombre de faiblesses :

- le retard et/ou le non remboursement d'une masse critique de factures aux formations sanitaires appliquant ces politiques de la gratuité des soins des de santé ;
- la démotivation du personnel de santé ;

- la baisse de la qualité des services fournis dus essentiellement à des ruptures fréquentes de médicaments et autres produits ;
- la non maîtrise des outils de gestion utilisés dans le cadre de la politique de gratuité des soins de santé ;
- l'existence de double paiement et l'impossibilité de déterminer les dépenses réelles de la politique de gratuité des soins ;
- l'absence de source de financement durable pour ce système de gratuité des soins ;
- l'impossibilité de suivre la traçabilité des factures remboursées aux structures sanitaires.

2.2. Principaux résultats issus de l'enquête sur le terrain au Niger

Les principaux résultats issus de l'enquête sur le terrain réalisé au Niger portent essentiellement sur les structures sanitaires et les bénéficiaires de la gratuité des soins de santé.

2.2.1. Résultats relatifs aux supports et services de soins de santé fournis dans le cadre de la politique de la gratuité des soins de santé

Selon les données du tableau n°2 ci-dessous, concernant la PCIME, on constate qu'elle est fournie par l'ensemble des CSI et hôpitaux nationaux (100%), tandis que c'est 88% des hôpitaux de district et seuls 57% des CHR/MRR/CSME enquêtés qui la fournissent. Le faible taux de l'acte au niveau des CHR/MRR/CSME s'expliquerait par le fait que c'est seulement le CHR qui prend en charge les enfants de moins de cinq (5) ans, alors que les MRR/CSME prennent en charge les enfants de moins d'un (1) an. La CPN est fournie à 100% au niveau des CSI, alors qu'elle est fournie seulement à 28% et 14% respectivement par le niveau HD et CHR/MRR/CSME.

La césarienne est faite seulement au niveau des HD et des CHR/MRR/CSME, avec respectivement 84% et 71% des structures sanitaires enquêtées qui la fournissent. L'absence de bloc fonctionnel et/ou de personnel nécessaire pour cet acte pourrait s'expliquer par la non exhaustivité de la prestation fournie, mais aussi du fait que dans les régions, depuis l'ouverture des CSME, les CHR ne font plus de césariennes.

Pour le cancer gynécologique, ce sont en grande partie les niveaux CHR/MRR/CSME et HN qui offrent ce service, avec respectivement 57% et 67% des structures sanitaires enquêtées.

En outre, même si l'accouchement ne fait pas partie des prestations retenues dans le cadre de la gratuité des soins, certaines structures sanitaires

(notamment quelques CSI, HD et CHR) affirment l'offrir gratuitement ; cela est dû aux appuis des partenaires, dans certaines régions (exemple Tahoua et Tillabéry) pour cette prestation.

Tableau 2 : Proportion des structures par type de prestations fournies

Type de Structure	CSI (%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
PCIME	100	88	57	100
CPN	100	28	14	NC
Accouchement	71	48	14	NC
Césarienne	NC	84	71	NC
GEU	NC	48	71	NC
Rupture de l'utérus	NC	48	57	NC
Contraception	97	68	71	NC
Cancer féminin	NC	4	57	67

Selon les données du tableau 3 ci-dessous, au cours des douze (12) derniers mois précédant l'enquête, ce sont seulement les HD et les CSI qui ont connu des ruptures des différents outils de gestion de la gratuité des soins. En effet, la proportion des CSI ayant connu des ruptures varie entre 2% et 8% pour respectivement les reçus/factures et le registre PF. Quant au niveau HD, elle varie entre 5% pour le RUMEG et 18% pour le registre curatif.

Tableau 3 : Proportion des structures ayant connu une rupture d'un (1) ou plusieurs outils de gestion au cours des 12 derniers mois

Type de Structures	CSI (%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Fiches récapitulatives	5	8	0	0
Registre CPN	3	9	0	0
Registre PF	8	16	0	0
Registre Curatif	5	18	0	0
RUMEG	4	5	0	0
Reçus/factures	2	9	0	0

2.2.1.1. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les CSI

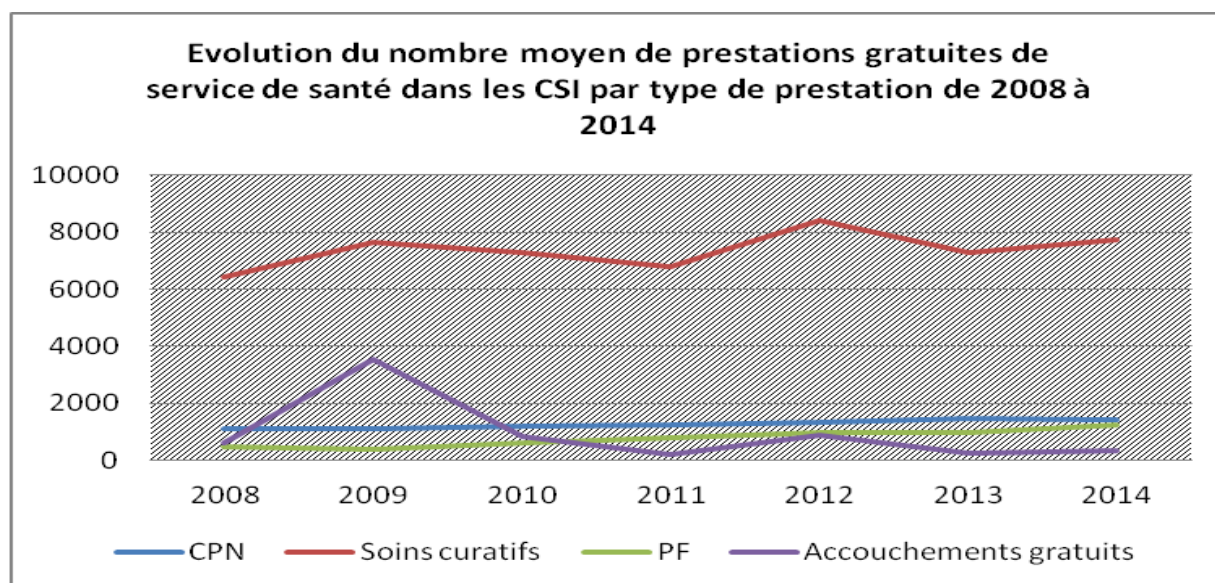
De façon globale, selon les résultats de l'enquête, on retrouve dans les CSI quatre (4) types de services pour lesquels les statistiques sont généralement disponibles. Il s'agit de la consultation prénatale, des soins curatifs, de services de PF et des accouchements assistés gratuitement. Le graphique 1 ci-après montre une tendance moyenne à la hausse des prestations de service de santé dans les cinq (5) régions (Maradi, Niamey, Tillabéry, Tahoua et Zinder) mais des variations existent d'une catégorie de prestation à une autre. En effet, le nombre moyen de prestations sur la CPN s'estime à hauteur de 1 098 en 2008 dans les cinquante-sept (57) CSI dont les statistiques sont disponibles. Ce chiffre a connu une augmentation continue jusqu'en 2013 où l'on estime à 1 463 prestations dans cent (100) CSI ayant des statistiques disponibles. Par ailleurs on assiste à une légère baisse de cet indicateur en 2014 car sa valeur tourne autour de 1 423 prestations.

La même tendance s'observe pour les soins curatifs à la différence qu'on relève un pic en 2012 où chacun des quatre-vingt-dix-huit (98) CSI (dont les statistiques sont disponibles) a effectué en moyenne 8 428 prestations. Ce chiffre a connu une baisse (soit 7 278 prestations) en 2013 avant de remonter à hauteur de 7 727 prestations en 2014.

Le même constat est fait également pour les services de PF. En 2008 le nombre moyen de prestations est de 469 dans les cinquante-sept (57) CSI dont les statistiques sont disponibles. Ce nombre est en régression en 2009 (403 prestations) et ensuite il augmente régulièrement jusqu'en 2014 où chaque CSI des quatre-vingt-dix-neuf (99) ayant fourni l'information, enregistre en moyenne 1 233 prestations en PF.

Par ailleurs, en ce qui concerne les accouchements gratuits, le nombre moyen de prestations a évolué de 2008 à 2009. Son niveau s'estime à 469 (pour les cinquante-deux (52) CSI ayant déclarés leurs statistiques) en 2008. Cet indicateur remonte à 3 550 en 2009 ensuite il baisse en 2010 (848 prestations) et 2011 (187 prestations). Le même scénario s'observe jusqu'en 2014 où dans les soixante-douze (72) CSI chacun a effectué en moyenne 328 prestations.

Graphique 1 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CSI par type de prestation de 2008 à 2014



2.2.1.2. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les hôpitaux de District (HD)

Le graphique 2 ci-dessous montre qu'au niveau des HD les prestations fournies le plus souvent sont les services en CPN, les soins curatifs et les services en PF. Toutefois, le nombre de prestations varie d'une année à une autre et en fonction du type de soins administrés aux patients. On remarque, de façon générale, une tendance à la hausse du nombre moyen de prestations de service de santé.

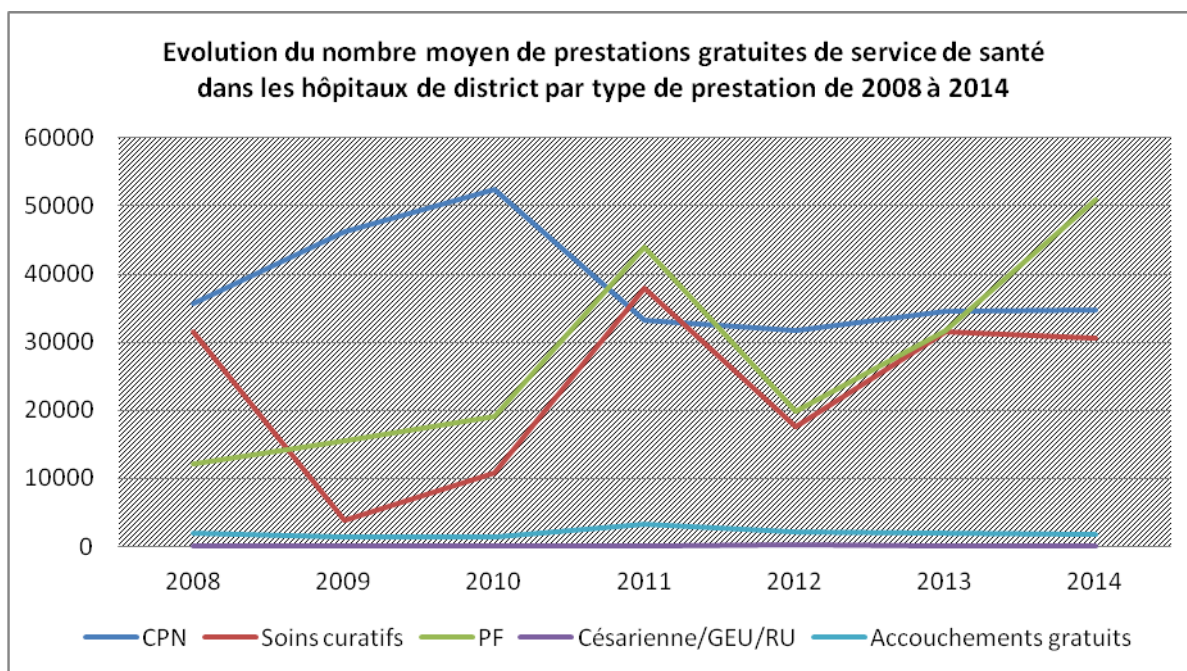
En 2008, le nombre moyen de prestations de services des CPN est de 35 616. Ce chiffre a connu une augmentation de 2009 à 2010, une baisse en 2011 et une hausse à partir de 2012 (31 722 prestations) jusqu'en 2014 (34 785 prestations).

Cette tendance s'observe également au niveau des prestations de service de soins curatifs à la différence qu'en 2010 une baisse est remarquée et un pic en 2011, où en moyenne chaque hôpital de district effectue 38 004 prestations au cours de l'année.

Par ailleurs le nombre moyen de prestation de service de PF a connu une hausse de 2008 à 2011, passant de 12 139 à 43 898 prestations respectivement. Cet indicateur baisse en 2012 avant de reprendre une hausse régulière jusqu'en 2014 où chaque hôpital de district effectue en moyenne 50 840 prestations durant cette année.

Toutefois, on remarque que dans les hôpitaux de district, les prestations en césarienne/GEU/RU et accouchements gratuits sont les moins servis par rapport aux autres catégories de soins et elles n'ont presque pas évolué de 2008 à 2014.

Graphique 2 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux de district par type de prestation de 2008 à 2014

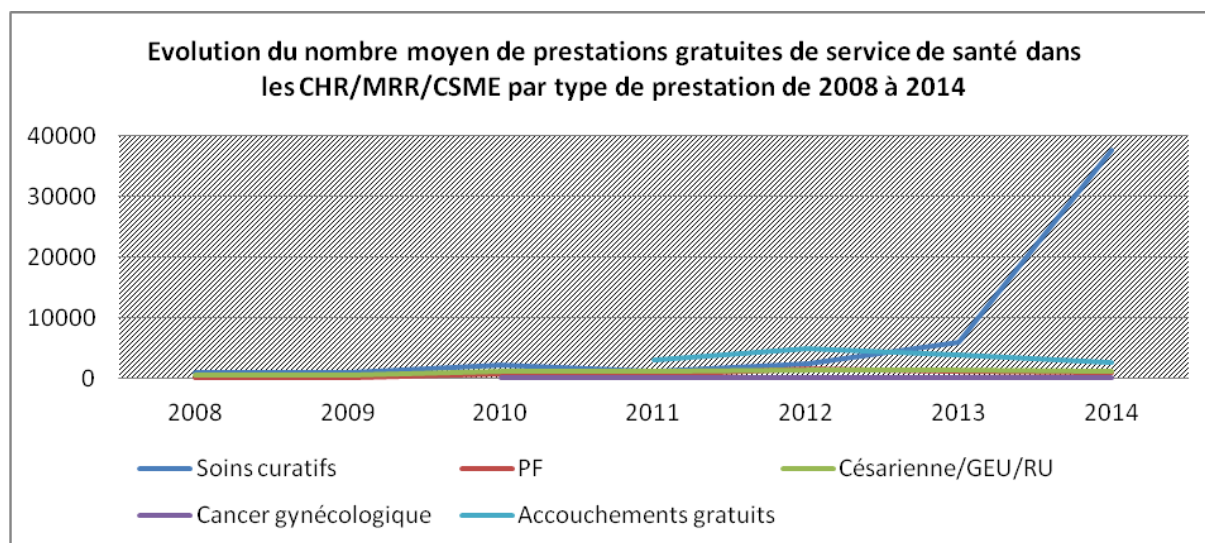


2.2.1.3. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les CHR/MRR/CSME

Le graphique 3 ci-après présente le nombre moyen de prestations par catégorie de soins de 2008 à 2014. Il ressort une importante prédominance des prestations en soins curatifs et les accouchements. Si durant toute la période les soins curatifs ont connu une importante augmentation passant de 944 en 2008 à 37 750 prestations en 2014, cette tendance n'est pas la même pour les accouchements assistés gratuitement car le nombre moyen de ces derniers a connu une baisse au cours des quatre (4) dernières années passant de 4 982 prestations en 2008 à 2 564 prestations en 2014.

Outre ces soins, on retrouve également dans ces centres des prestations liées aux césariennes/GEU/RU qui ont connu une hausse de 2008 à 2012 et une baisse continue au cours des deux (2) dernières années. A cela s'ajoute les services de PF et de cancers gynécologiques où la tendance reste sensiblement la même.

Graphique 3 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CHR/MRR/CSME par type de prestation de 2008 à 2014

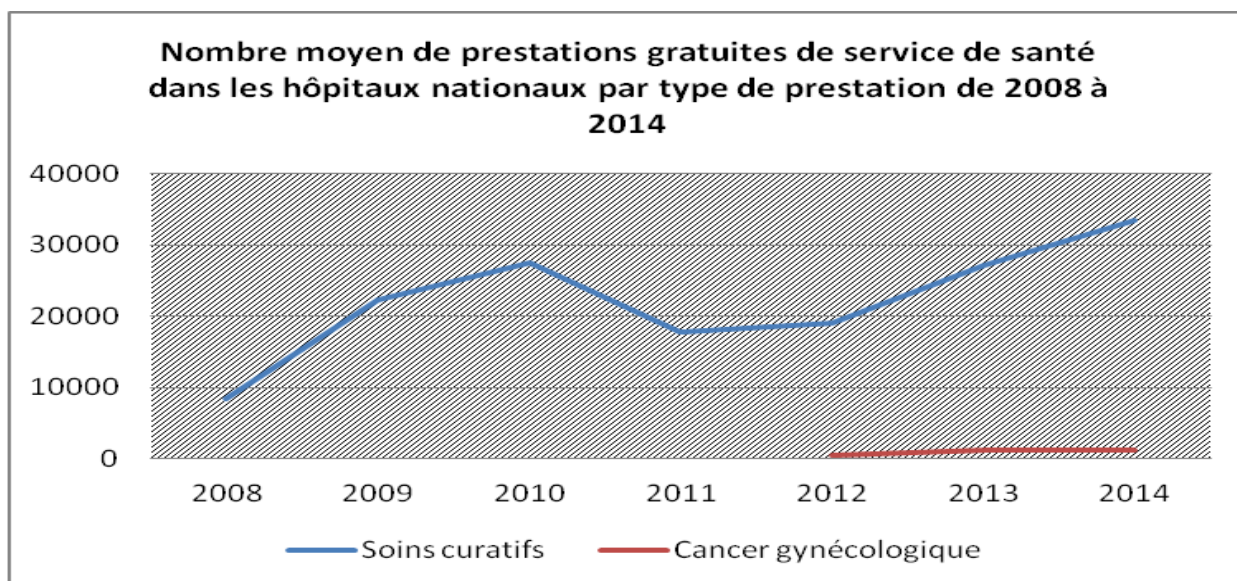


2.2.1.4. Résultats relatifs aux prestations rendues gratuites dans les hôpitaux nationaux

Les résultats de l'enquête permettent de relever qu'au sein des hôpitaux nationaux les prestations de service de santé offertes gratuitement et dont les informations sont disponibles, sont les soins curatifs et le cancer gynécologique. Ces prestations diffèrent d'une année à une autre et varient aussi selon leur catégorie. En effet, les prestations de soins curatifs sont les plus offertes dans les HN, de 2008 à 2010, le nombre moyen de ces soins a connu une hausse passant de 8 383 à 27 479 et ensuite, il baisse en 2011 à 17 791 prestations puis remonte de 2012 à 2014, passant de 18 965 à 33 386 prestations.

Par ailleurs, le nombre moyen de prestations pour les cancers gynécologiques a connu une importante hausse entre 2012 et 2013 passant de 412 à 1255 prestations avant de connaître une légère baisse en 2014. Notons que les données n'étaient pas disponibles entre 2008 et 2011.

Graphique 4 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux nationaux par type de prestation de 2008 à 2014



D'après le tableau 4 ci-dessous on constate qu'au niveau des CSI, il y a plus de 50% d'admis pour la gratuité quelque soit l'année considérée et une augmentation de cette proportion entre 2008 et 2014. Ce qui montre l'importance de la gratuité des soins de santé dans les CSI. Par ailleurs le nombre de structures ayant fourni l'information reste faible malgré une évolution positive de ce nombre entre 2008 et 2014. Quant au HD, il y a moins de 50% d'admis pour la gratuité quelque soit l'année considérée malgré une augmentation considérable de cette proportion entre 2008 et 2014. A ce niveau aussi, le nombre de structures ayant fourni l'information reste toujours faible sur la période considérée. Concernant les CHR/MRR/CSME, mis à part l'année 2011, la proportion des admis reste inférieure à 50% quelque soit l'année considérée. Au niveau des HN, on remarque plutôt une diminution de cette proportion passant de 71% en 2008 à 21% en 2014 et qui reste inférieure à 50% sur la période considérée mis à part l'année 2008. Notons aussi que deux (2) HN sur trois (3) ont fourni l'information sur la période considérée. Par ailleurs, on observe un manque de données au niveau de toutes les structures qui pourrait s'expliquer par le manque d'archivage de ces données.

Tableau 4 : Proportion d'admis pour la gratuité selon le type de structure de 2008 à 2014

Année	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
2008	51	15	-	71
2009	56	21	-	36
2010	55	26	23	27
2011	55	42	52	39
2012	56	55	39	25
2013	53	48	32	21
2014	55	44	33	21

2.2.2. Résultats relatifs au personnel et aux formations de santé

Le Tableau 5 ci-dessous révèle que les déficits en médecins sont plus prononcés dans les Centres de Santé Intégré (CSI). Ainsi, globalement 82% des CSI n'ont aucun médecin, 16% ont un (1) seul médecin et seulement 2% ont deux (2) médecins ou plus. Plus spécifiquement, le tableau 6 montre que 69% (soit 77 CSI) et 13% (soit 14 CSI) des CSI n'ont aucun médecin respectivement pour les Type I et Type II. D'autre part, 11% et 16% des CSI ont un (1) médecin respectivement pour les Type I et Type II. Par ailleurs seuls certains CSI de Type II ont deux (2) médecins.

En se référant toujours au tableau 5, les médecins sont plus concentrés dans les Hôpitaux Nationaux et dans les autres centres de santé (CHR/MRR/CSME), car dans leur totalité ils disposent d'au moins 2 médecins chacun ; quant aux Hôpitaux de District 87% ont plus de deux (2) médecins et 13% ont un (1) seul médecin.

En ce qui concerne les sages-femmes, les déficits sont plus prononcés dans les CSI car 61% des CSI non aucune sage-femme. Il y'a seulement 12% des CSI qui ont plus des deux (2) sages-femmes contre 27% qui ont une (1) seule sage-femme. Notons aussi que les sages-femmes sont plus concentrées dans les Hôpitaux des Districts car 100% des HD ont plus des deux (2) sages-femmes et dans les autres centres de santé (CHR/MRR/CSME) qui à hauteur de 86% ont plus de deux (2) sages-femmes contre 14% qui n'ont aucune sage-femme.

Toutes les structures sanitaires ont au moins deux (2) infirmiers, à l'exception des CSI où il y'a 5% de ceux-ci qui ont un seul infirmier.

Concernant les techniciens de laboratoire, notons que 100% des Hôpitaux Nationaux et des CHR, des MRR et des CSME ont au moins deux techniciens. Ces techniciens de laboratoire sont aussi assez représentés dans les Hôpitaux des Districts car 88% des HD ont au moins deux (2) techniciens ; 8% ont un (1) seul technicien et 4% des HD n'ont aucun technicien de laboratoire. Les déficits des techniciens de laboratoire sont plus enregistrés dans les CSI, où à hauteur de 94%, ils manquent des techniciens de laboratoire ; il n'y a que 5% des CSI qui ont un (1) seul technicien de laboratoire et 1% de ceux-ci ont au moins deux (2) techniciens.

Cette tendance reste sensiblement la même, en ce qui concerne certaines catégories de personnels tel que les gérants des pharmacies et les percepteurs où les CSI restent les plus marginalisés par rapport aux autres structures sanitaires. Par contre, en ce qui concerne les matrones, elles sont plus représentées dans les CSI, car 64% des CSI ont au moins deux (2) matrones ; 16% ont une (1) seule matrone et 20% n'ont aucune. Suivi des Hôpitaux de Districts où 49% ont au moins deux (2) matrones ; 13% ont une (1) seule et 38% n'ont aucune. Le déficit est plus prononcé dans les CHR/MRR/CSME où à hauteur de 71%, ces derniers n'ont aucune matrone. Cette absence est normale parce que selon les normes standards du MSP les CHR/MRR/CSME ne doivent pas disposer de matrone mais plutôt de filles de salle.

Tableau 5 : Effectifs du personnel par catégorie selon le type de structure

Type de structure		CSI		HD		CHR/MRR/CS ME		HN	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecins	0	91	82	0	0	0	0	0	0
	1	18	16	3	13	0	0	0	0
	2 et plus	2	2	21	87	7	100	3	100
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	3	100
Sage-femme	0	68	61	0	0	1	14	0	100
	1	30	27	0	0	0	0	0	0
	2 et plus	13	12	24	100	6	86	0	0
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	0	100
Infirmiers/Infirmières	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	6	5	0	0	0	0	0	0
	2 et plus	105	95	24	100	7	100	3	100
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	3	100
Technicien de laboratoire	0	104	94	1	4	0	0	0	0
	1	5	5	2	8	0	0	0	0
	2 et plus	2	1	21	88	7	100	3	100
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	3	100
Gérant de la pharmacie	0	98	88	7	29	1	14	0	0
	1	12	11	13	54	2	29	2	67
	2 et plus	1	1	4	17	4	57	1	33
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	3	100
Percepteurs	0	8	7	2	8	0	0	0	0
	1	101	91	11	46	1	14	0	0
	2 et plus	2	2	11	46	6	86	3	100
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	3	100
Matrones	0	22	20	9	38	5	71	0	100
	1	18	16	3	13	0	0	0	0
	2 et plus	71	64	12	49	2	29	0	0
	ND	0	-	1	-	0	-	0	-
	Total	111	100	25	100	7	100	0	100

Tableau 6 : Nombre de Médecins selon le type de CSI

Médecins		Type I			Type II			Ensemble		
		0	1	2 et plus	0	1	2 et plus	0	1	2 et plus
CSI	Effectifs	77	12	0	14	6	2	91	18	2
	%	69%	11%	0%	13%	5%	2%	82%	16%	2%

Dans le cadre de la formation des agents sur la gratuité des soins de santé, les Hôpitaux Nationaux constituent les structures qui ont le plus bénéficiées, ainsi 67% des HN ont bénéficié d'une formation d'au moins un (1) de leurs agent, suivi des CSI 44% ; des HD 36% et enfin les autres centres de santé (CHR/MRR/CSME).

Tableau 7 : Proportion des structures dont au moins un (1) agent a reçu une formation dans le cadre de la gratuité des soins

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
% des structures dont au moins un agent a reçu une formation	44	36	14	67

Le tableau 8 ci-dessous montre que les CHR/MRR/CSME n'ont pas bénéficié en général de formation dans la gestion et le suivi de la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins.

En ce qui concerne l'établissement des reçus de paiement, 60% des CSI ont déclaré avoir des agents qui ont reçu une formation dans ce domaine, suivi des HN avec 50%. 58% des CSI et des HD ont déclaré avoir des agents qui ont reçu une formation sur la tenue de la fiche récapitulative et 50% au niveau des HN. Pour 100% des HN et 31% des CSI et HD, des agents ont reçu la formation sur l'établissement des factures. A propos de la vérification des factures/souches reçues et de gestion de la pharmacie, 47% et 57% des CSI et HD ont reçu ces formations.

Tableau 8 : Proportion des structures dont au moins un (1) agent a reçu une formation dans le cadre de la gratuité des soins selon le type de formation

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Etablissement des reçues	60	29	0	50
Tenue de la fiche récapitulative	58	58	14	50
Etablissement des factures	31	31	0	100
Vérification des factures/souches reçues	47	47	0	50
Gestion de la pharmacie	57	57	0	50

2.2.3. Résultats relatifs à la disponibilité des intrants (Produits et consommables médicaux, moyen d'évacuation, suppléments nutritionnels)

L'utilisation d'un moyen de transport adéquat (comme l'ambulance) des patients en cas d'urgence est nécessaire au niveau de toutes les catégories de formations sanitaires. Toutefois, si dans les CHR/MRR/CSME, les HN et les HD presque chacune de ces structures visitées déclare en disposer d'une ambulance de transport de malade en cas de complication, il n'en est pas le cas pour les CSI où sur l'ensemble des CSI enquêtés, seuls 33% en disposent. Ce manque d'ambulance incite les agents le plus souvent à utiliser des moyens comme le tricycle (11%), la moto (22%) et la charrette (6%) pour effectuer le transfert du patient vers un centre de référence.

Tableau 9 : Proportion des structures par type de moyen d'évacuation utilisé

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Ambulance	33	96	100	100
Tricycle	11	16	14	0
Moto	22	8	0	0
Charrette	6	0	0	0

Parmi ces moyens de transport, 100% des ambulances utilisées par ces structures sont en bon état hormis au niveau des CSI qui déclarent que 8% de ces dernières sont en mauvais état. Notons aussi que 25% des tricycles utilisés

par les CSI sont en mauvais état pour une proportion de 50% au niveau des HD. Quant aux Motos, 48% sont en mauvais état au niveau des CSI et 50% pour les HD pendant que 60% des charrettes sont en mauvais état au niveau des CSI.

Tableau 10 : Proportion des structures par type de moyen d'évacuation utilisé selon l'état du moyen d'évacuation

Type de Structure	CSI(%)		HD(%)		CHR/MRR/CSME(%)		HN(%)	
	Bon état	Mauvais état	Bon état	Mauvais état	Bon état	Mauvais état	Bon état	Mauvais état
Ambulance	92	8	100	0	100	0	100	100
Tricycle	75	25	50	50	100	0		
Moto	52	48	50	50				
Charrette	40	60						

Il faut noter que la mise en œuvre effective de la politique de gratuité des soins de santé, requiert la disponibilité en quantité suffisante des médicaments pour assurer la prise en charge correcte des patients bénéficiaires de la gratuité. Il a ainsi été demandé aux structures si oui ou non au moment du passage de l'agent de collecte, elles disposent de stocks suffisant des médicaments pour assurer la prise en charge correcte des patients cibles de la gratuité. D'après le tableau n°11 ci-après seulement 1% (soit 1 seul CSI sur les 111 enquêtés) des CSI au moment de l'enquête, déclare ne pas avoir de stocks de médicaments essentiels nécessaires pour assurer la prise en charge correcte des patients, toutes les autres structures affirment en disposer de ces stocks de médicaments.

Tableau 11 : Proportion des structures n'ayant pas de stock de médicaments essentiels nécessaires pour assurer la prise en charge correcte des patients

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
% des structures n'ayant pas de stock de médicaments essentiels nécessaires pour assurer la prise en charge correcte des patients	1	0	0	0

Dans le tableau 12 ci-dessous, on constate que les fiches de stock est le système de gestion le plus utilisé pour les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, la proportion des structures utilisant ce système varie entre 84% et 94%, elle est de 67% pour le niveau 3. Seulement 33% des structures sanitaires de niveau 3 utilisent le progiciel comme moyen de gestion contre 40% et 71% pour le niveau 2.

Tableau 12 : Proportion des structures par type de système de gestion utilisé

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Progiciel mis à jour	1	40	71	33
Registre de stocks mis à jour	65	64	71	67
Fiches de stock	94	84	86	67

Si la disponibilité du stock de médicaments nécessaires pour la prise en charge correcte des patients cibles de la gratuité ne se pose pas au moment de l'enquête, il est nécessaire de renseigner toute la période de l'étude relativement à la disponibilité des médicaments. Le tableau 13 ci-dessous montre que seul 1 HN sur 3 a connu une rupture en 2012 sur toute la période concernée par l'étude, pendant que 20% des CHR/MRR/CSME ont connu cette rupture entre 2008 et 2011. Par contre ce taux de rupture a connu une nette augmentation au niveau des CSI et HD avec des proportions variant respectivement de 9% en 2008 à 42% en 2014 et de 14% en 2008 à 37% en 2014.

Tableau 13 : Proportion des structures ayant connu une rupture de produits de 2008 à 2014

Année	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
2008	9	14	20	0
2009	21	20	20	0
2010	20	20	20	0
2011	25	24	20	0
2012	36	24	0	33
2013	41	28	0	0
2014	42	37	0	0

Pour plus de précision, il a été aussi demandé aux structures sanitaires de notifier dans quelle proportion, elles avaient enregistré des ruptures de produits depuis la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins. Notons que, les taux de rupture varient de 0% (cas où la structure n'a pas enregistré de rupture) à plus de 10% (le taux de rupture le plus critique). Le tableau 14 ci-dessous montre qu'au niveau 3 de la pyramide sanitaire, sur toute la période d'observation (2008 – 2014), sur les trois (3) hôpitaux nationaux un (1) seul a connu un taux de rupture de 1 à 5% en 2012. Notons qu'au cours de cette année 6% des CSI et HD enquêtés ont connu des taux de rupture de plus de 10%. Pour le reste, ce sont les CSI et les HD qui ont connu des ruptures de produits au cours de la période d'observation. Au niveau HD, ces ruptures se situent le plus souvent entre 1 et 5% jusqu'en 2011, où il a été observé des taux de rupture de 5 à 10% et même supérieur à 10% à partir de 2012. Au niveau CSI, les ruptures de médicaments et de consommables ont été enregistrées pendant toute la période avec des taux qui varient entre 1 et 5%. Ces taux ont atteint le plus souvent les proportions de 10%.

Tableau 14 : Taux de ruptures de produits par structure de 2008 à 2014

Année	CSI(%)				HD(%)				CHR/MRR/CSME(%)				HN(%)			
	0%	1 à 5%	5 à 10%	Plus de 10%	0%	1 à 5%	5 à 10%	Plus de 10%	0%	1 à 5%	5 à 10%	Plus de 10%	0%	1 à 5%	5 à 10%	Plus de 10%
2008	90	10	0	0	86	14	0	0	80	20	0	0	100	0	0	0
2009	79	13	6	2	80	20	0	0	80	20	0	0	100	0	0	0
2010	80	18	2	0	80	20	0	0	80	20	0	0	100	0	0	0
2011	75	18	7	0	76	12	12	0	80	20	0	0	100	0	0	0
2012	64	26	4	6	76	18	0	6	100	0	0	0	67	33	0	0
2013	59	24	6	11	72	17	6	5	100	0	0	0	100	0	0	0
2014	58	30	7	5	63	21	5	11	100	0	0	0	100	0	0	0

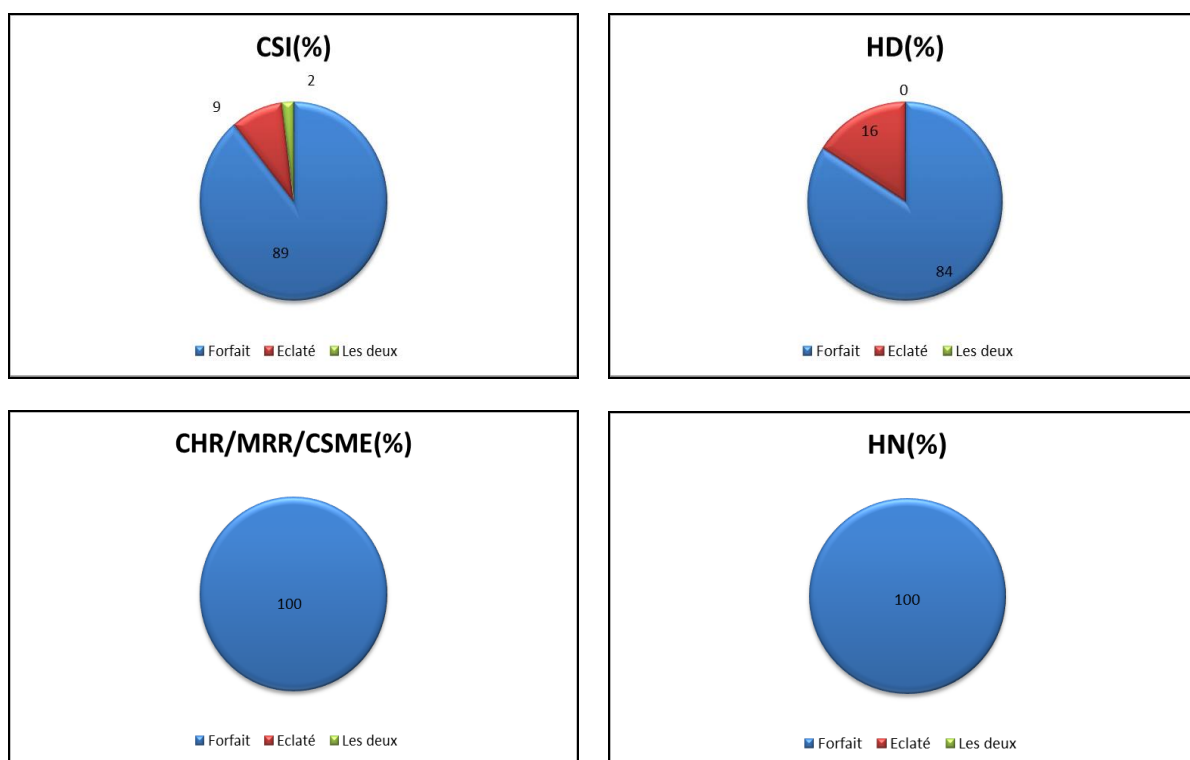
2.2.4. Résultats relatifs aux procédures de production et de transmission des factures liées à la gratuité des soins

Les frais des prestations liées à la gratuité des soins sont pris en charge par l'Etat. C'est pourquoi un système unique de tarification a été proposé par type de soins par ce dernier en vue d'assurer la transparence et une équité dans l'application de la politique de gratuité des soins de santé. Le système proposé est un forfait par type de prestation et par niveau de soins. L'analyse des résultats fait ressortir que cette tarification n'est pas respectée au niveau des CSI et des HD. En effet, le tableau n°15 ci-dessous montre que 16% des HD appliquent une tarification éclatée contre 9% des CSI. En outre, 2% des CSI enquêtés appliquent les deux modes de tarification (forfait et éclaté).

Tableau 15 : Proportion des structures par type de tarification appliquée

Type de tarification	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Forfait	89	84	100	100
Eclaté	9	16	0	0
Les deux	2	0	0	0
Total	100	100	100	100

Graphique 5 : Proportion des structures par type de tarification appliquée



Mettre à la connaissance du public (bénéficiaires) les tarifs officiels appliqués dans le cadre de la politique de gratuité des soins de santé peut assurer la transparence dans la gestion de celle-ci. D'après le tableau n°16 ci-dessous, parmi les CSI enquêtés, environ un (1) sur quatre (4) soit 25% ne portent pas à la connaissance des bénéficiaires les tarifs officiels appliqués. Ce qui est de nature à entraîner une mauvaise application des tarifs officiels.

La sensibilisation par le comité villageois, par les agents de santé ou par l'autorité semble être le moyen le plus utilisé pour porter à la connaissance des bénéficiaires les tarifs appliqués dans le cadre de la gratuité des soins de santé (Tableau A2 en annexe 2).

Tableau 16 : Proportion des structures portant à la connaissance des bénéficiaires les tarifs officiels appliqués

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Proportion des structures portant à la connaissance des bénéficiaires les tarifs officiels appliqués	77	100	71	100

Gestion de la gratuité au niveau des structures de santé

L'établissement des factures relatives à la gratuité des soins de santé doit se faire selon un modèle standard. Pour se faire un progiciel a été mis à la disposition des structures de santé. Le tableau 17 ci-dessous montre qu'au niveau des CSI, les factures/reçus sont produits manuellement (93%). Seulement 7% des CSI enquêtés utilisent un progiciel à cet effet.

Tableau 17 : Répartition des structures par type d'outils/instruments de gestion utilisée pour l'élaboration des factures/fiches récapitulatives

Outils utilisés	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Progiciel	7	32	71	0
Avec un logiciel spécifique	0	52	29	100
Manuellement	93	16	0	0
Total	100	100	100	100

Le tableau 18 ci-dessous montre que presque toutes les structures enquêtées ont un mécanisme interne de contrôle et de vérification des fiches récapitulatives et des factures, ce qui signifie que ces structures organisent des réunions périodiques pour vérifier la conformité des documents après leur établissement et avant l'envoi au niveau central, en effet 93% des CSI, 96% des HD et 100% des CHR/MRR/CSME et HN effectuent régulièrement le contrôle de conformité des factures émises.

Tableau 18 : Proportion des structures ayant un mécanisme interne de contrôle et de vérification des factures/fiches récapitulatives

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Proportion des structures ayant un mécanisme interne de contrôle et de vérification des factures/fiches récapitulatives	93	96	100	100

Pour la transmission des factures au niveau central, on constate que les structures utilisent à plus de 50% le courrier administratif voire 100% au niveau régional (CHR/MRR/CSME) et national (HN). L'utilisation des missions se fait en grande partie par les CSI (65%) et les HD (59%) (Tableau 19).

Tableau 19 : Proportion des structures selon le moyen d'envoi des factures/fiches récapitulatives au niveau central

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Compagnie de transport	5	24	0	0
Poste	0	4	0	0
Courier administratif	53	64	100	100
Utilisation des missions	65	59	29	33
Autres à préciser	31	31	0	0

Selon les données du tableau 20 ci-dessous, dans le cadre du suivi et de la gestion des factures, il est à constater que les structures reçoivent en général des accusés de réceptions à plus de 65%, à l'exception des CHR/MRR/CSME où il est de 57%. Le délai de réception de ces accusés tourne autour d'une semaine pour plus de 75% des structures visitées.

Tableau 20 : Répartition des structures recevant l'accusé de réception des factures

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Répartition des structures recevant l'accusé de réception des factures	66	68	57	67

Néanmoins, il y a des CSI (10%) et des HD (12%) dont ce délai est de plus d'un (1) mois (tableau 21).

Tableau 21 : Répartition des structures par délai moyen de réception de l'accusé de réception des factures

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Une semaine	78	76	75	100
Deux semaines	11	6	25	0
Un mois	1	6	0	0
Plus d'un mois	10	12	0	0

D'après le tableau 22 ci-dessous, les difficultés rencontrées dans l'établissement des fiches, reçus de paiement et des factures sont presque les mêmes au niveau des CSI et des HD. En effet, 37% des CSI éprouvent des difficultés pour la détermination de l'âge de l'enfant malade contre 17% pour les HD et 30% des CSI estiment que l'affluence des patients est un problème. Il faut noter que la plus grande difficulté exprimée par toutes les structures est l'absence de formation avec 77% des CSI, 83% des HD, et 43% des CHR/MRR/CMSE.

Tableau 22 : Proportion des structures par type de difficultés rencontrées dans l'établissement des fiches, reçus/factures

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Détermination de l'âge de l'enfant malade	37	17	33	0
affluence des patients	30	17	0	0
ruptures fréquentes des médicaments/consommables	31	25	14	0
rupture des supports de gestion de la gratuité	14	46	0	0
fonctionnalité du logiciel de gestion de gratuité	10	25	0	0
remplissage correct des supports de gestion	34	21	14	0
absence de formation	77	83	43	33
autres (à préciser)	7	21	29	0

Les recommandations fortes ont été formulées (tableau 23) au niveau de toutes les structures sanitaires pour l'amélioration du système de gestion de la gratuité des soins de santé au Niger. Elles sont de deux (2) ordres :

- la célérité dans le remboursement des factures avec 87% des CSI, 80% des HD, 86% des CHR/MRR/CSME et 67% des HN. Ceux-ci pensent que les retards ou le manque de remboursement des factures peut mettre à mal le système sanitaire au Niger ;
- éviter la rupture des médicaments avec 75% des CSI, 28% des HD, et 43% des CHR/MRR/CSME.

Tableau 23 : Proportion des structures par type de recommandations pour l'amélioration du système de gratuité de soins de santé

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
célérité dans le remboursement des factures	87	80	86	67
augmenter les tarifs des différents forfaits	15	8	43	0
Elargir la cible à d'autres personnes	30	0	43	0
Réduire la cible de la gratuité	27	4	0	0
Eviter la rupture des médicaments	75	28	43	0
Autres à préciser	29	4	14	33

Malgré l'instauration de la gratuité des soins de santé au Niger, les résultats de l'étude révèlent que beaucoup de structures sanitaires donnent des ordonnances à certains patients cibles. En effet, le tableau 24 ci-dessous montre que, 83% des CSI, 68% des HD, 100% des CHR/MRR/CSME et HN donnent des ordonnances aux malades cibles de la gratuité des soins.

Tableau 24 : Proportion des structures ayant déclarées avoir donné des ordonnances aux patients après consultation

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Proportion des structures déclarant donner des ordonnances aux patients après consultation	83	68	100	100

Le tableau 25 ci-après décrit le pourcentage de formations sanitaires ayant données une information sur l'émission et le remboursement des factures durant les sept (7) dernières années. Cet indicateur varie d'une année à une autre et d'un niveau de soins à un autre. En effet, au niveau des CSI, la proportion de ceux ayant fournis des informations sur le montant de la facture émise varie de 24% en 2008 à 46% en 2014 contre une variation de 10% à 23% entre 2012 et 2014 pour le remboursement.

Par ailleurs au niveau des HD, les proportions sont plus importantes qu'au niveau des CSI. Pour l'émission des factures, elle varie de 64% en 2008 à 76% en 2014. Par contre pour le remboursement des factures, elles sont moins importantes par rapport à l'émission car elles varient de 48% à 56% pour la même période.

Notons que les proportions des CHR/MRR/CSME ayant fournies les informations sur l'émission et le remboursement des factures de prestations gratuites sont quasiment identiques (57%) pour toute la période considérée hormis en 2014 où environ 71% des CHR/MRR/CSME ont fournis ces informations.

Au niveau des HN, cette proportion est 67% de 2008 à 2011 et est passée à 100% de 2012 à 2014.

Ainsi, il ressort de ce qui précède une insuffisance importante d'informations sur l'émission et le remboursement de prestations gratuites dans les formations sanitaires hormis les HN. Cette insuffisance d'information pourrait être expliquée par l'inexistence d'un mécanisme adéquat d'archivage de données au sein de ces formations sanitaires. A cela pourrait s'ajouter des

mouvements des agents en charge de la gestion de la gratuité des soins, une absence de volonté chez ces agents, une mauvaise connaissance de l'importance de ces informations et une rétention volontaire par craintes des conséquences d'une mauvaise gestion de fonds.

Tableau 25 : Proportion des structures ayant donné une information sur la situation de remboursement des factures de 2008 à 2014

Année	CSI(%)		HD(%)		CHR/MRR/CSME(%)		HN(%)	
	Montant émis	Montant remboursé	Montant émis	Montant remboursé	Montant émis	Montant remboursé	Montant émis	Montant remboursé
2008	24	13	64	56	57	57	67	67
2009	35	16	72	56	57	57	67	67
2010	41	16	68	48	57	57	67	67
2011	44	14	72	60	57	43	67	67
2012	42	10	68	48	57	57	10	100
2013	42	17	72	48	57	57	100	100
2014	46	23	76	52	71	71	100	100

2.2.5. Résultats relatifs à la situation de remboursement

Le tableau 26 ci-dessous décrit la situation de remboursement des formations sanitaires en ce qui concerne l'émission et le remboursement des factures durant les sept (7) dernières années. Cela permettra d'obtenir des informations sur le taux de remboursement des factures. À la lumière des autres, cet indicateur varie aussi d'une année à une autre et d'un niveau de soins à un autre. En effet, au niveau des CSI, ce taux a connu une chute passant de 39% en 2008 à 9% en 2014 sur la période considérée. Le taux de remboursement des factures liées à la gratuité des soins au niveau des CSI reste faible, mais il est aussi en baisse considérable sur la période considérée. La même tendance est observée au niveau des HD, des CHR/MRR/CSME et des HN avec un taux de remboursement qui varie respectivement de 64% en 2008 à 21% en 2014, de 82% en 2008 à 1% en 2014 et de 100% en 2008 à 0% en 2014. Le taux de remboursement est beaucoup plus élevé en 2008 au niveau de ces trois (3) structures de référence nationale.

Tableau 26 : Quelques indicateurs de la situation de remboursement des structures de 2008 à 2014

Année	CSI			HD			CHR/MRR/CSME		
	Montant moyen émis	Montant moyen remboursé	Taux de remboursement	Montant moyen émis	Montant moyen remboursé	Taux de remboursement	Montant moyen émis	Montant moyen remboursé	Taux de remboursement
2 008	140 404 158	54 591 082	39%	1 073 600 000	691 600 000	64%	760 000 000	624 000 000	82%
2 009	187 881 213	28 511 082	15%	1 339 200 000	403 200 000	30%	920 000 000	732 000 000	80%
2 010	299 597 080	21 786 894	7%	2 312 000 000	101 082 672	4%	1 000 000 000	464 000 000	46%
2 011	286 509 321	69 967 984	24%	1 465 200 000	187 500 000	13%	3 132 000 000	424 000 000	14%
2 012	418 388 746	16 313 198	4%	1 904 000 000	184 800 000	10%	944 000 000	516 000 000	55%
2 013	347 188 859	32 155 714	9%	1 441 800 000	516 000 000	36%	1 084 000 000	161 200 000	15%
2 014	268 892 655	24 222 290	9%	2 128 000 000	448 500 000	21%	956 000 000	4 307 520	0%

Année	HN			Total		
	Montant moyen émis	Montant moyen remboursé	Taux de remboursement	Montant moyen émis	Montant moyen remboursé	Taux de remboursement
2 008	186 000 000	186 000 000	100%	2 160 004 158	1 556 191 082	72%
2 009	461 000 000	461 000 000	100%	2 908 081 213	1 624 711 082	56%
2 010	504 000 000	504 000 000	100%	4 115 597 080	1 090 869 566	27%
2 011	358 000 000	167 000 000	47%	5 241 709 321	848 467 984	16%
2 012	906 000 000	544 000 000	60%	4 172 388 746	1 261 113 198	30%
2 013	1 076 000 000	226 000 000	21%	3 948 988 859	935 355 714	24%
2 014	1 254 000 000	0	0%	4 606 892 655	477 029 810	10%

Le tableau 27 ci-dessous montre que d'une manière générale, le constat est que toutes les structures sanitaires enregistrent des retards importants de remboursements des frais liés à la gratuité des soins. Ainsi au niveau des Centres de Santé Intégré (CSI), seulement 4% ont été remboursés en moins de 6 mois, 12% entre six (6) mois et un (1) an et 84% dans un délai extrêmement long, soit plus d'un (1) an. Au niveau des hôpitaux de district (HD), tout comme pour les CSI, seulement 4% sont remboursés en moins de 6 mois, 8% entre 6 mois et un (1) an et 88% dans un délai de un (1) an et plus. Quant aux autres structures sanitaires à savoir les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Maternités de Références (MRR), les Centres de Santé Mère Enfant (CSME) et les Hôpitaux Nationaux (HN) ; 100% de leurs ressources sont remboursés en retard, soit un (1) délai de plus d'un (1) an.

Tableau 27 : Proportion des structures par délai moyen de remboursement des frais liés à la gratuité des soins

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Moins de 6 mois	4	4	0	0
6 mois à 1 an	12	8	0	0
Plus d'1 an	84	88	100	100

Le tableau 28 ci-dessous montre que dans la plupart des structures sanitaires, une grande partie des frais remboursés liés à la gratuité des soins est utilisée dans l'achat des médicaments. Ainsi 100% des HD et CHR/MRR/CSME utilisent une partie de ces frais dans l'achat des médicaments, de même que 95% des CSI et 67% des Hôpitaux Nationaux. Une partie de ces frais est aussi utilisé dans le fonctionnement de ces centres et dans l'achat des outils de gestion, soit dans 67% des Hôpitaux Nationaux ; 64% des Hôpitaux de District ; 47% des CSI et 29% des CHR/MRR/CSME. Ces montants sont aussi utilisés au niveau des primes et ristournes des agents, soit 86% des CHR/MRR/CSME, 33% des Hôpitaux Nationaux ; 24% des Hôpitaux de District et 20% des Centres de Santé Intégré.

Tableau 28 : Proportion des structures selon l'utilisation faite des frais remboursés

Type de structure	Achat des médicaments	Fonctionnement/Outils de gestion	Primes/Ristournes	Autres
CSI (%)	95	47	20	6
HD (%)	100	64	24	4
CHR/MRR/CSME (%)	100	29	86	0
HN (%)	67	67	33	0

le tableau 29 ci-dessous montre que la quasi-totalité des montants issus des remboursements des frais liés à la gratuité des soins sont consacrés à l'achat des médicaments, surtout au niveau des hôpitaux de district où 78% de ces derniers consacrent plus de 70% de ces montants à l'achat de médicaments contre seulement 22% des HD qui allouent 50 à 70% de ces montants pour la même dépense. Ensuite viennent les Centres de Santé Intégré (CSI) où il y'a 60% qui allouent plus de 70% de ces montants à l'achat des médicaments, 28% qui allouent entre 50 et 70% de ces montants, bien que 12% d'entre eux consacrent moins de 50% de ces montants à l'achat de médicaments. Puis les hôpitaux nationaux (HN), où 50% d'entre eux allouent plus de 70% pour la même dépense et les autres (50% des hôpitaux nationaux) consacrent 50 à 70% de ces montants à l'achat des médicaments. Quant aux CHR/MRR/CSME, 29% d'entre eux consacrent plus de 70% de ces montants à l'achat de médicaments et 71% consacrent 50 à 70% de ces montants.

Tableau 29 : Proportion des structures selon la part du montant remboursé alloué à l'achat des médicaments

Type de structure	Moins de 50%	Entre 50% et 70%	Plus de 70%
CSI (%)	12	28	60
HD (%)	0	22	78
CHR/MRR/CSME (%)	0	71	29
HN (%)	0	50	50

2.2.6. Résultats relatifs aux appuis des partenaires sur la gratuité des soins de santé

Les résultats de l'analyse des données du tableau 30 font ressortir que 100% des Hôpitaux de District (HD), des CHR/MRR/CSME reçoivent des appuis de la part des partenaires. Par contre les structures sanitaires qui reçoivent moins d'appuis de la part des partenaires sont les Hôpitaux Nationaux (HN), dont 67% seulement sont appuyés par les partenaires. Les Centres de Santé intégré (CSI) sont appuyés à 86% par les partenaires techniques et financiers en intrants.

Tableau 30 : Proportion des structures recevant un appui quelconque des partenaires

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Proportion des structures recevant un appui quelconque	86	100	100	67

Le tableau 31 ci-dessous montre que les Centres de Santé Intégré (CSI) reçoivent beaucoup plus d'appuis de la part des ONG. Ainsi 83% des CSI reçoivent des appuis provenant des ONGs, 61% de la part du Programme Alimentaire Mondial (PAM), 56 % de la part de l'UNICEF et 37% de la part de l'UNFPA. Ces CSI reçoivent aussi d'autres appuis non négligeables de la part du Fond Mondial 9% des CSI, de l'OMS 13% et 12% de la part des autres partenaires.

Quant aux Hôpitaux des Districts (HD), ils reçoivent plus d'appuis de la part de l'UNICEF, soit 88% de ces derniers ; ensuite de l'UNFPA et des ONG qui appuient chacun (80% des HD) ; ensuite le PAM qui appuie 72% des HD et l'OMS 52%. Ces derniers reçoivent aussi des appuis du Fond Mondial 40% des HD et des autres partenaires 28%.

En ce qui concerne les Hôpitaux Nationaux (HN), 100% d'entre eux reçoivent des appuis de la part de l'OMS, de l'UNICEF, des ONGs et des autres partenaires. Et 50% des HN reçoivent des appuis de la part de l'UNFPA, Fonds Mondial et du PAM.

Enfin les CHR/MRR/CSME reçoivent plus d'appuis de la part de l'UNFPA, qui appuie 71% de ces centres, ensuite viennent les ONGs et les autres partenaires qui appuient chacun 57% de ces centres, puis le PAM qui assiste à hauteur de 43% de ces centres, l'UNICEF et l'OMS qui touche 29% chacun et enfin le Fond Mondial qui appuie 14% de ces centres.

Tableau 31 : Répartition des structures recevant un appui selon les partenaires dans la mise en œuvre de la gratuité des soins

Type de structure	OMS	UNFPA	UNICEF	Fond Mondial	PAM	ONG	AUTRES
CSI (%)	13	37	56	9	61	83	12
HD (%)	52	80	88	40	72	80	28
CHR/MRR/CSME (%)	29	71	29	14	43	57	57
HN (%)	100	50	100	50	50	100	100

Le tableau 32 ci-dessous révèle que les centres de santé reçoivent plus d'appui en médicaments de la part des partenaires, ces aides en médicaments sont reçus par 88% des Hôpitaux des Districts ; 86% des CHR/MRR/CSME, 75% au niveau des Centres de Santé Intégré et 67% des Hôpitaux Nationaux. Outre l'appui en médicaments, les partenaires interviennent aussi dans l'octroi des matériels techniques qui couvrent 80% des Hôpitaux de District, 67% des Hôpitaux Nationaux, 57% des CHR/MRR/CSME et 47% des CSI. Ensuite viennent les appuis en terme des intrants nutritionnels pour 94% des CSI ; 80% des Hôpitaux de District ; 33% des

Hôpitaux nationaux et 29% des CHR/MRR/CSME. Par ailleurs, ces partenaires apportent aussi d'autres appuis non négligeables en ambulances, environ dans 52% des Hôpitaux de District ; 14% au niveau des CHR/MRR/CSME et 8% au niveau des Centres de Santé Intégré.

Tableau 32 : Répartition des structures selon le type d'appui des partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins

Type de structure	Médicaments/ consommables	Ambulance	Matériels	Intrants nutritionnels	Autres
CSI (%)	75	8	47	94	12
HD (%)	88	52	80	80	28
CHR/MRR/CSME (%)	86	14	57	29	29
HN (%)	67	0	67	33	0

Le tableau 33 établit une situation globale de remboursement des factures de 2008 à 2014, durant ces sept (7) années, le Ministère de la Santé Publique (MSP) via la DRFM avait soumis un montant de 45 064 233 930 F CFA pour le remboursement des services fournis par différentes structures sanitaires. Le Ministère des Finances a effectivement remboursé au moment de la collecte des chiffres un montant de 32 257 106 357 soit un taux de remboursement de 71,6%. Cependant nous pouvons observer que certains montants remboursés sont supérieurs au montant proposé par la DRFM (notamment pour les années 2009 et 2012), cela pourrait s'expliquer par le chevauchement des remboursements.

Tableau 33 : Situation de remboursement globale des factures de 2008 à 2014

Année	Montant transmis par le MSP (DRFM) au MF pour remboursement (F CFA)	Montant remboursé par le MF (F CFA)	Taux de remboursement (en %)
2008	5 887 429 162	3 593 267 528	61,0
2009	4 179 570 250	4 629 488 121	110,8
2010	3 233 064 958	2 571 954 545	79,6
2011	7 999 104 136	4 302 143 351	53,8
2012	10 999 857 872	11 107 493 656	101,0
2013	7 332 292 438	4 007 746 716	54,7
2014 ¹⁵	5 432 915 114	2 045 012 440	37,6
Total	45 064 233 930	32 257 106 357	71,6

Source : DGTCP/MF ; DRFM/MSP

¹⁵ La situation de remboursement de 2014 concerne de Janvier à Juillet.

Le tableau 34 fournit un résumé des appuis de deux (2) partenaires (OMS et UNFPA) ayant répondu au guide d'entretien qui leurs a été adressé dans le cadre de cette étude sur la gratuité des soins de santé. De 2008 à 2014, la valeur de l'appui en intrants est estimée à 378 685 323 \$ US et celle de l'appui financier s'élève à 1 840 000 € de 2011 à 2014. Par ailleurs l'AFD sous le projet Initiative Santé Solidarité Sahel (ISS) va financer 6 000 000 € pour 3 ans de 2014 à 2016 avec un appui budgétaire pour l'épurent des arriérés envers les formations sanitaires.

Tableau 34 : Appui de quelques partenaires dans le cadre de la gratuité des soins de santé

Année	Valeur de l'appui financier (en Euro)	Valeur de l'Appui en Intrants (en USD)	Autres formes d'appui	Observations
2008	/__/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	/_6/_3/_3/_3/_1/_0/_4/_5/_/	Appui technique/Kits accouchement	Kits césarienne/intrants contraceptifs
2009	/__/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	/_1/_3/_6/_7/_1/_3/_4/_4/_/	Appui technique/Kits accouchement	intrants contraceptifs
2010	/__/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	/_7/_0/_6/_0/_8/_8/_4/_5/_/	Appui technique/Kits accouchement	Kits césarienne/intrants contraceptifs
2011	/_4/_6/_0/_0/_0/_0/_/	/_5/_4/_8/_1/_7/_4/_5/_/	Appui technique/Kits accouchement	Intrants contraceptifs
2012	/_4/_6/_0/_0/_0/_0/_/	/_1/_6/_1/_6/_7/_3/_4/_5/_/	Appui technique/Kits accouchement	Kits césarienne/intrants contraceptifs
2013	/_4/_6/_0/_0/_0/_0/_/	/_1/_6/_4/_4/_7/_5/_5/_4/_/	Appui technique/Kits accouchement	Kits césarienne/intrants contraceptifs
2014	/_4/_6/_0/_0/_0/_0/_/	/_1/_9/_3/_5/_7/_7/_4/_4/_5/_/	Appui technique/Kits accouchement	Intrants contraceptifs

2.2.7. Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques de la femme ou de l'accompagnant de l'enfant

Selon les résultats du tableau 35 ci-dessous, la majorité des bénéficiaires de la gratuité des soins ne sont pas instruits (49%).

Tableau 35 : Proportion des bénéficiaires (en %) de la gratuité des soins de santé selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Aucun	Coranique	Alphabétisé	Primaire	Secondaire	Supérieure
Bénéficiaire	49	26	3	13	7	2

2.2.8. Résultats relatifs à la connaissance de la gratuité des soins de santé par les bénéficiaires

D'après les résultats du tableau n°36 ci-dessous, les bénéficiaires de la gratuité des soins de santé ont connaissance de cette politique dans 91% des cas.

Tableau 36 : Répartition des bénéficiaires selon leur connaissance ou pas de la politique de la gratuité des soins de santé

Connaissance de la gratuité	Effectifs	Pourcentage
Oui	661	91
Non	65	9
Total	726	100

Le tableau 37 ci-dessous montre que les bénéficiaires de la gratuité de soins sont en majorité informés de la politique de la gratuité des soins par les agents de santé avec une proportion de 72%, les médias (radio/télé) ont servi de canal d'information dans 13% des cas, le comité de santé et les pairs (causeries) dans 7% des cas chacun.

Tableau 37 : Répartition des bénéficiaires connaissant l'existence de la politique de la gratuité selon le canal d'information

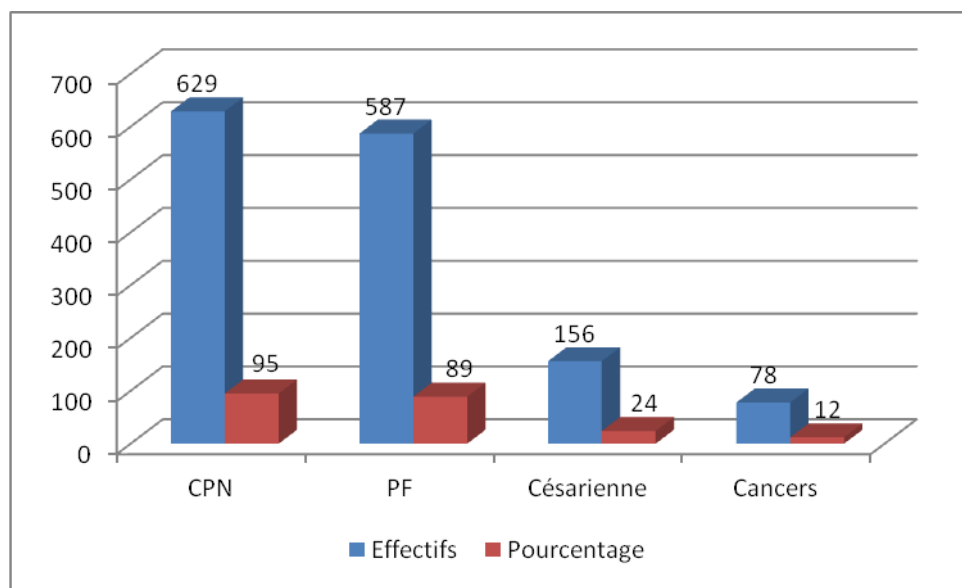
Canal d'information	Agent de santé	Comité de santé	Radio/télé	Pair	Autres	Total
Effectifs	478	46	89	45	3	661
Pourcentage	72	7	13	7	1	100

Le tableau 38 fourni la connaissance des paquets de la gratuité de soins chez les femmes, en effet 95% et 89% des femmes ont connaissance de la pratique de la gratuité pour la CPN et la PF contre seulement 24% et 12% respectivement pour la césarienne et la prise en charge des cancers gynécologiques.

Tableau 38 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant le paquet des soins de santé rendu gratuit chez les femmes

Paquet de soins	CPN	PF	Césarienne/RU/GEU	Cancers gynécologiques
Effectifs	629	587	156	78
Pourcentage	95	89	24	12

Graphique 6 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant le paquet des soins de santé rendu gratuit chez les femmes



En ce qui concerne le paquet de soins pour les enfants de moins de cinq (5) ans, les bénéficiaires ont des connaissances à 92% pour les soins préventifs et à 93% pour les soins curatifs.

Tableau 39 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant le paquet des soins de santé rendu gratuit chez les enfants

Paquet de soins	Soins préventifs	Soins curatifs
Effectifs	600	608
Pourcentage	92	93

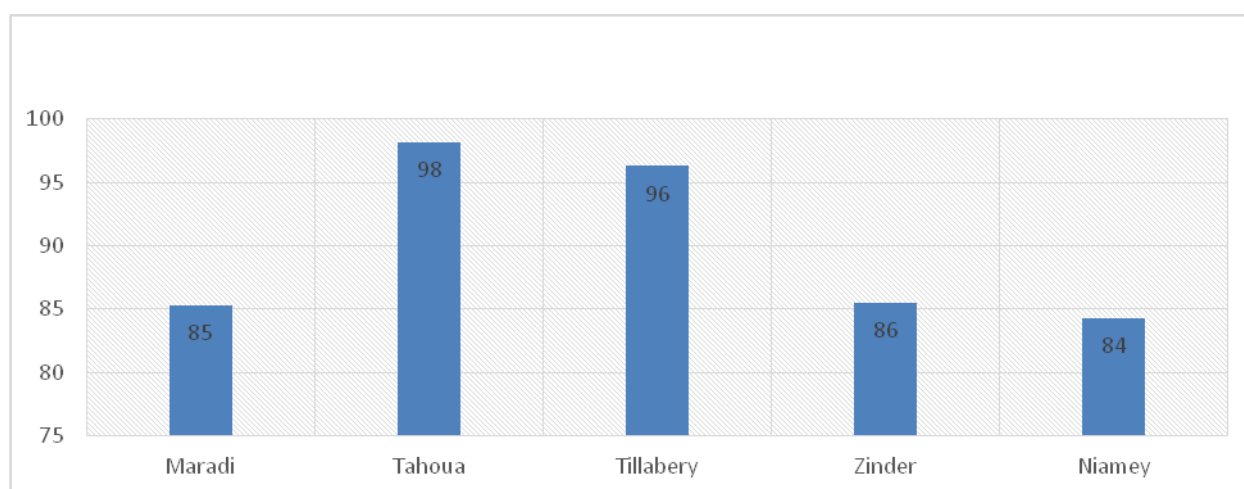
Dans l'ensemble des cinq (5) régions enquêtées, un peu plus de neuf bénéficiaires sur dix (91%) ont déclaré avoir une connaissance sur l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé.

La région de Tahoua est celle qui enregistre la proportion la plus importante car 98% des bénéficiaires déclarent avoir une connaissance sur l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé, suivi des régions de Tillabéry (96%), de Zinder (86%) et enfin Niamey qui enregistre la proportion la plus faible (84%).

Tableau 40 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé selon la région

Connaissance	Maradi	Tahoua	Tillabéry	Zinder	Niamey	Total
Effectif	128	162	182	130	59	661
Pourcentage	85	98	96	86	84	91

Graphique 7 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé selon la région



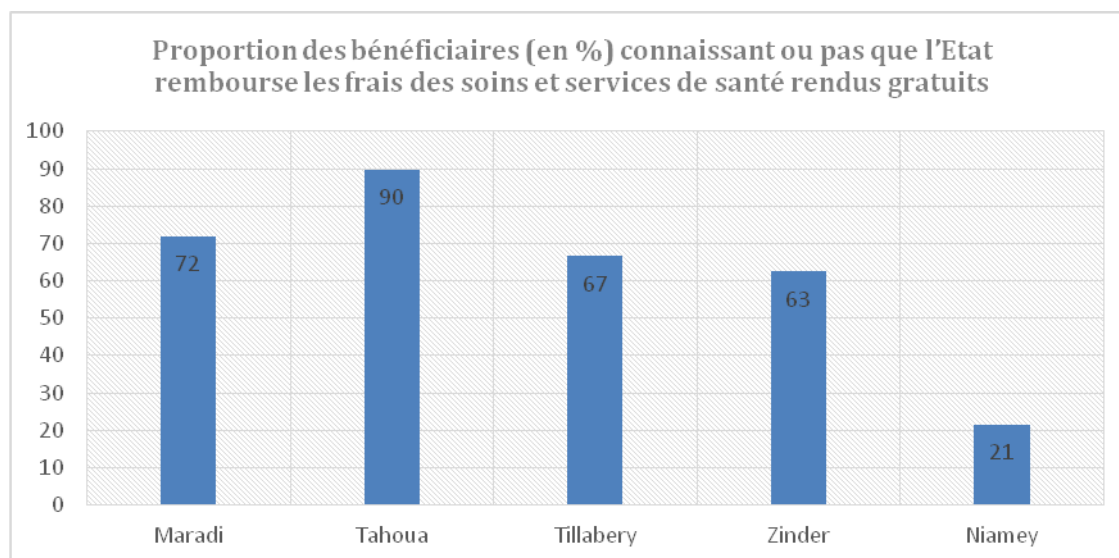
La connaissance des bénéficiaires sur l'implication de l'Etat dans les remboursements des frais des soins et services de santé rendus gratuits est aussi très importante, car environ 68% des bénéficiaires ont déclaré savoir que l'Etat rembourse les frais liés à la gratuité des soins.

Tableau 41 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant ou pas que l'Etat rembourse les frais des soins et services de santé rendus gratuits

Connaissance de la gratuité	Effectifs	Pourcentage
Oui	492	68
Non	163	22
ND	71	10
Total	726	100

La région de Tahoua est celle qui enregistre plus de bénéficiaires (90%) ayant cette connaissance, ensuite vient la région de Maradi avec 72%. C'est dans la région de Niamey où il y a moins de bénéficiaires (21%) connaissant que l'Etat rembourse les frais des soins et services de santé rendus gratuits.

Graphique 8 : Proportion des bénéficiaires (en %) connaissant que l'Etat rembourse les frais des soins et services de santé rendus gratuits



Il ressort du tableau 42 ci-dessous que 67% des bénéficiaires se rendent dans une structure de soins de santé pour faire consulter leurs enfants malades (dans 92% des cas, l'accompagnatrice est la mère de l'enfant, voir tableau A4 en annexe 2), 19% pour la CPN, 11% pour la PF, 6% pour la césarienne, 3% pour l'accouchement et seulement 1% pour les cancers gynécologiques.

Tableau 42 : Répartition des bénéficiaires par type de prestation

Type de prestation	Effectifs	Pourcentage
CPN	135	19
PF	80	11
Césarienne/RU/GEU	42	6
Cancer gynécologique	6	1
Accouchement	19	3
Enfant malade	489	67

2..2.9. Résultats relatifs à la satisfaction des bénéficiaires

En se référant au tableau 43, une analyse des bénéficiaires en consultation selon le temps d'attente fait ressortir que 79% de ceux-ci font moins d'une heure pour voir le prestataire contre 21% qui font plus d'une heure pour voir ce dernier. Ce qui montre un temps d'attente globalement acceptable.

Tableau 43 : Proportion des bénéficiaires (en %) en consultation selon le temps d'attente pour voir le prestataire

Temps d'attente	Effectifs	Pourcentage
Moins d'une heure	570	79
Plus d'une heure	156	21
Total	726	100

Comme le montre le tableau 44 ci-dessous, 88% des bénéficiaires sont satisfaits des services reçus des structures de santé contre seulement 1% qui ne sont pas du tout satisfaits des services reçus, alors que ceux qui déclarent être moyennement satisfaits représentent 11% des bénéficiaires. En plus, dans 98% des cas, les bénéficiaires recommandent la structure de santé visitée à leur ami ou un membre de leur famille (voir tableau A5 en annexe). Cela montre que d'une manière générale, les bénéficiaires sont satisfaits des services reçus auprès des structures de santé visitées.

Tableau 44 : Proportion des bénéficiaires (en %) par type d'opinion sur les services reçus de la structure de santé dans le cadre de la gratuité

Satisfaction des bénéficiaires	Effectifs	Pourcentage
Satisfait des services reçus	639	88
Moyennement satisfait des services reçus	77	11
Pas du tout satisfait des services reçus	9	1
Total	725	100

Le tableau 45, montre que la majeure partie des bénéficiaires ne rencontrent pas de problèmes dans les centres de santé pour la gratuité des soins. Néanmoins les quelques difficultés rencontrées se situent dans la disponibilité des médicaments, tel que déclaré par 8% des bénéficiaires comme étant un problème majeur et par 16% comme problème mineur, suivi du temps d'attente, qui a été déclaré comme problème majeur par 6% des bénéficiaires et mineur par 19% de ceux-ci ; les autres problèmes étant déclarés comme mineurs.

Tableau 45 : Proportion des bénéficiaires (en %) rencontrant des difficultés selon leur degré

Difficultés rencontrées par les bénéficiaires	Appréciation du degré du problème			Ne pose pas de problème	Total
	Majeur	Mineur	NSP		
Le temps d'attente	6	19	74	1	100
Le contact entre l'agent traitant et le bénéficiaire	1	9	88	2	100
L'explication que vous avez reçue au sujet de votre problème de santé	1	9	85	5	100
Les conditions dans lesquelles se font les consultations	1	7	82	10	100
La disponibilité des médicaments dans l'établissement	8	16	65	11	100
Les heures de service dans cet établissement (disponibilité du service)	1	10	72	17	100
Affichage du programme des prestations de services de santé	2	2	59	37	100
La propreté de l'établissement	0	10	85	5	100

Le manque d'argent et l'absence d'agents au niveau des centres de santé sont les difficultés majeures pouvant empêcher un malade de se rendre dans une structure de santé avec respectivement 33% et 23% des bénéficiaires.

Tableau 46 : Répartition des bénéficiaires (en %) selon leur opinion sur le recours au centre de santé

Type de difficultés	Empêche de recourir au centre de santé	N'empêche pas de recourir au centre de santé	Total
Mauvais accueil dans le centre	19	81	100
Enclavement du centre	4	96	100
Manque d'argent	33	67	100
Absence de l'agent	23	77	100
Distance	20	80	100
Tâches ménagères	11	89	100
Refus du conjoint ou autre membre de la famille	5	95	100
Manque d'accompagnateur (trice)	2	98	100
Autres	4	96	100

Les bénéficiaires de la gratuité de soins pensent à 73% qu'en évitant les ruptures de médicaments dans les formations sanitaires publiques, le système pourra être amélioré davantage. Réduire le temps d'attente des patients n'améliorait en rien ce système pour 80% des enquêtés. Augmenter les ressources humaines peut améliorer le système pour 44% des bénéficiaires contre 56% qui pensent le contraire.

Tableau 47 : Proportion des bénéficiaires (en %) par type de recommandation pour l'amélioration du système de gratuité de soins de santé

Type de recommandation	Oui	Non
créer les conditions pour réduire le temps d'attente	20	80
Augmenter les ressources humaines	44	56
Eviter la rupture des médicaments	73	27
Elargir la cible de la gratuité à d'autres personnes	52	48
Améliorer les conditions des prestations de soins dans les centres	36	64
Autres à préciser	27	73

2.2.10. Résultats relatifs à la prise en charge dans les centres de santé

Pour s'assurer de l'effectivité de la gratuité des soins il a été demandé aux bénéficiaires si oui ou non ils paient une certaine somme pour être pris en charge. Cependant, bien que la prestation soit déclarée gratuite, le tableau 48 montre que seulement 11% des bénéficiaires enquêtés ont affirmé avoir payé une certaine somme pour être pris en charge.

Tableau 48 : Proportion des bénéficiaires (en %) ayant affirmé avoir payé une certaine somme pour les prestations reçues

Bénéficiaire	Effectifs	Pourcentage
Oui	79	11
Non	646	89
Total	725	100

La méconnaissance de la gratuité de certains services de santé spécifiques aux femmes et aux enfants de moins de cinq (5) ans conduit le plus souvent les familles à supporter des coûts inhérents. L'examen du tableau 49 montre que même si les bénéficiaires supportent des coûts, ces derniers dépasseraient rarement les 5 000 FCFA. Parmi les raisons évoquées par les bénéficiaires peuvent être citées principalement la méconnaissance de la raison du paiement effectué, avoir un accès plus facile chez le prestataire et le paiement de carnet de visite ou de consultation. Ainsi, parmi les bénéficiaires ignorants la raison du paiement effectué, 90% ont supporté un coût variant de 100 à 5 000 FCFA. Cette proportion représente 75% des bénéficiaires ayant supportés des couts de service juste pour qu'on leur facilite le passage chez le prestataire.

Tableau 49 : Proportion des bénéficiaires (en %) ayant affirmé avoir payé une certaine somme pour les prestations reçues par tranche des montants selon la raison avancée

Tranche	Ne connaît pas	Faciliter mon passage chez le prestataire	Autres (paiement de carnet)
100 – 5 000	90	75	87
5 001 -10 000	5	25	9
10 001- 20 000	0	0	4
20 001 – 45 000	5	0	0
Total	100	100	100

L'analyse de prescription de médicaments fait ressortir qu'environ 75% des bénéficiaires ont déclaré qu'ils ont reçu tous les médicaments auprès du prestataire. Par contre certains bénéficiaires ont reçu une partie des médicaments (16%) ou intégralement eu une ordonnance (9%).

Tableau 50 : Proportion des bénéficiaires ayant reçu une prescription des médicaments de la part du prestataire

Prescription des médicaments	Effectifs	Pourcentage
A donné tous les médicaments	538	75
A donné seulement une ordonnance	65	9
A donné certains médicaments et ordonnance	113	16
Total	716	100

2.2.11. Résultats relatifs au changement de comportements des bénéficiaires depuis l'introduction de la gratuité des soins

Les efforts menés sur les sensibilisations en matière de changement de comportements dans les zones d'intervention semblent produire des effets probants. En effet, 96% des bénéficiaires ont déclaré que les centres de santé constituent leur premier recours en cas de problème de santé depuis l'introduction de la gratuité des soins chez les femmes et les enfants de moins cinq (5) ans.

Tableau 51 : Proportion des bénéficiaires selon le premier type de recours depuis l'introduction de la gratuité des soins

Premier recours	centre de santé	marabout	féticheur	automédication	utilisation des pharmacies par terre	Total
Effectifs	692	9	1	9	11	722
Pourcentage	96	1	0	1	2	100

CONCLUSION

Le Niger a mis en œuvre, depuis 2006, une politique de gratuité des soins de santé. Celle-ci consiste principalement à rendre gratuit certaines prestations (PF, CPN, césarienne, prise en charge du cancer gynécologique) pour les femmes et tous les soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de cinq (5) ans.

L'étude réalisée en 2015 par l'INS pour évaluer l'impact de cette politique sur les programmes de santé ainsi que sur sa viabilité a permis de relever que plusieurs États d'Afrique subsaharienne ont initié et mis en œuvre des politiques publiques d'exemption de paiement direct de certains soins de santé, pour l'ensemble de la population ou en faveur de certaines catégories sociales vulnérables. Les contraintes majeures relevées dans la mise en œuvre de ces exemptions sont entre autres :

- ✓ le retard et/ou le non remboursement d'une masse critique de factures aux formations sanitaires ;
- ✓ un manque de ressources humaines et de médicaments dans certains pays ;
- ✓ un afflux massif des patients vers les centres de santé ;
- ✓ une réduction de la qualité des prestations ;
- ✓ une absence de sources pérennes pour garantir un financement durable à la politique de gratuité des soins ;
- ✓ l'existence de gros problèmes quant à la jonction de la fiabilité et la pérennité du système d'exemption de soins d'une part, et à la qualité des soins délivrés d'autre part ;
- ✓ l'impossibilité de suivre la traçabilité des remboursements reçus par les structures sanitaires et de déterminer la part exacte de la gratuité des soins dans le fonctionnement des services de santé.

La politique de la gratuité des soins de santé au Niger a permis d'améliorer significativement l'accès des populations vulnérables aux soins et services de santé. En effet, 96% des bénéficiaires ont déclaré que les centres de santé constituent leur premier (1^{er}) recours en cas de problème de santé, depuis l'introduction de la gratuité des soins de santé chez les femmes et les enfants de moins cinq (5) ans. Le recours aux services de santé par les femmes et les enfants est quasi systématique, depuis que ces mesures de gratuité des soins de santé ont été mises en œuvre.

D'autre part, 88% des bénéficiaires sont satisfaits des services reçus des structures de santé, contre seulement 1% qui ne sont pas du tout satisfaits des

services reçus, alors que ceux qui déclarent être moyennement satisfaits représentent 11% des bénéficiaires.

Les principaux résultats observés au cours de cette étude révèlent :

- ✓ une indisponibilité des données statistiques relatives à la politique de la gratuité des soins de santé dans de nombreuses formations sanitaires : à titre d'exemple 27 CSI sur 111 (soit 24%) ont fourni l'information sur les montants émis en 2008 et 14 CSI sur 111 (soit 13%) seulement ont donné cette information pour les montants remboursés. Ce manque de données statistiques est plus critique quand certaines prestations au niveau des HD sont prises en compte. Ainsi, pour la CPN, de 2008 à 2014, seulement 2 HD sur 25 (soit 8%) ont pu fournir l'information sur le nombre de celle-ci.
- ✓ un retard considérable dans le remboursement des factures liées à la politique de gratuité des soins de santé dans toutes les structures sanitaires. En effet, presque toutes les structures sanitaires ont indiqué qu'elles sont remboursées après plus d'un (1) an (dans plus de 84% des cas). Le taux de remboursement baisse au fil des années passant de 72% en 2008 à 10% en 2014.
- ✓ la disponibilité au moment de l'enquête sur le terrain, des molécules essentielles pour la prise en charge correcte des malades bénéficiaires de la gratuité des soins de santé dans toutes les structures visitées. En effet, seul un (1) CSI sur 111 ne disposait pas de ces molécules au moment de l'enquête.
- ✓ la fourniture, par une majorité des structures de santé (68%), des ordonnances aux patients. Par contre, 11% des populations bénéficiaires ont déclaré avoir reçu une ordonnance de la part des prestataires.
- ✓ l'application, par certaines structures sanitaires, d'une tarification éclatée, parmi lesquelles 9% sont des CSI et 16% des HD. 93% des CSI font un traitement manuel pour la gestion des intrants de la politique de gratuité des soins de santé.
- ✓ des déficits en médecins plus prononcés dans les Centres de Santé Intégré (CSI) par rapport aux autres structures sanitaires. Ainsi, 82% des CSI n'avaient aucun médecin au moment de l'enquête.
- ✓ la distance ne constitue pas un problème pour se rendre dans une structure sanitaire selon 80% des bénéficiaires.

L'exploitation des guides d'entretien, adressés aux Partenaires Techniques et Financiers et aux structures centrales (MSP et MF), fait ressortir les contraintes et les difficultés suivantes :

- ✓ un manque de fiabilité des factures préparées et soumises par la majorité des structures sanitaires ;
- ✓ des difficultés à disposer au niveau de la majorité des formations sanitaires des données statistiques relatives à la politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ un manque d'étude de faisabilité lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ une absence d'étude des coûts de prestations des soins de santé, ce qui ne permet pas de faire une prévision budgétaire conséquente ;
- ✓ la non prise en compte des appuis en intrants fournis par les partenaires ;
- ✓ une mauvaise répartition des intrants fournis par les partenaires ;
- ✓ l'absence d'une structure autonome de gestion de la politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ une grande ambition sur les populations cibles de la politique de gratuité des soins de santé, qui représentent plus de la moitié des patients ;
- ✓ une faiblesse du système de suivi par la cellule centrale, notamment dans les zones périphériques ;
- ✓ une couverture d'une grande gamme de prestations de santé liées à la politique de gratuité des soins de santé, insupportable à long terme ;
- ✓ un retard dans la transmission des factures (des prestataires vers le niveau central) ;
- ✓ une forte mobilité et une absence de motivation des responsables de la cellule chargée de la politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ une absence de feedback vers la cellule gratuité, en cas de remboursement (ni de la part du Ministère des Finances, ni des structures bénéficiaires) ;
- ✓ une insuffisance de l'inscription budgétaire relativement à la ligne gratuité ;

- ✓ des lacunes dues aux manuels d'exécution des soins de la gratuité ;

A l'issue de cette étude, il apparaît que les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins de santé au Niger se résument comme suit :

- ✓ un problème de gestion du système de la politique de gratuité des soins de santé au niveau des différentes structures sanitaires visitées. Il est apparu que certains responsables des structures sanitaires n'appliquent pas le système de tarif forfaitaire, tel qu'exigé par le manuel de la gestion de la gratuité des soins de santé. Cela pourrait conduire à des attitudes contraires à l'orthodoxie d'une bonne gestion ;
- ✓ un retard considérable de remboursement des factures par le Ministère chargé des Finances ;
- ✓ un faible taux de remboursement des factures ;
- ✓ un manque de formation des agents sur les outils de gestion responsables de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ un manque d'archivage des données statistiques et des informations relatives à la gestion de la politique de gratuité des soins de santé au sein des structures sanitaires, par crainte d'audit ;
- ✓ un manque de suivi de l'utilisation faite des frais remboursés aux structures sanitaires par le niveau central (MSP) ;
- ✓ un manque de feedback des fonds libérés entre le Ministère des Finances et celui de la Santé Publique ;
- ✓ une forte mobilité des agents responsables de la gestion de la politique de gratuité des soins de santé au niveau des différentes structures sanitaires et qui ne laissent aucune trace de leur gestion.

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer la politique de gratuité de soins de santé au Niger et la rendre plus viable, pérenne et bénéfique pour les populations cibles bénéficiaires, il serait souhaitable, pour :

Le gouvernement :

- ✓ de prendre les dispositions nécessaires pour le remboursement, dans les meilleurs délais, des arriérés accumulés vis-à-vis des différentes formations sanitaires ;
- ✓ d'imposer un système de gestion unique à toutes les structures sanitaires ;
- ✓ de créer une structure de gestion autonome de la politique de gratuité des soins de santé avec des organes décentralisés ;
- ✓ de créer un véritable dispositif fonctionnel et optimal pour un meilleur suivi de la politique de gratuité des soins de santé par l'équipe centrale chargée de la gratuité des soins (mettre plus de moyens financiers et ressources humaines) ;
- ✓ de favoriser une meilleure communication entre le Ministère de la Santé Publique et le Ministère des Finances ;
- ✓ d'impliquer le Ministère des Finances à tous les niveaux dans la gestion de la politique de gratuité des soins, notamment en matière de contrôle ;
- ✓ de réfléchir à une déconcentration du circuit de paiement ;
- ✓ d'assurer un suivi régulier et plus efficace de la gestion de la gratuité en nommant un contrôleur financier au niveau national, régional et départemental ;
- ✓ de renforcer les capacités du personnel de santé dans l'établissement des factures ;
- ✓ de valoriser les apports des partenaires en les comptabilisant dans l'assiette globale de la gratuité des soins de santé au Niger ;
- ✓ de revoir les populations cibles pour tenir compte de la situation économique réelle des bénéficiaires ;

- ✓ de régler le problème de mobilité du personnel de la gratuité en évitant leur forte mobilité, afin de capitaliser l'expertise et en mettant en place un système incitatif ;
- ✓ de commanditer une étude ou une enquête spécifique et détaillée afin d'identifier les populations cibles qui doivent être réellement bénéficiaires de cette politique de gratuité des soins de santé ;
- ✓ de mobiliser les ressources conséquentes pour la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé à la hauteur de l'ambition politique ;

Les responsables des structures sanitaires :

- ✓ de renforcer le contrôle interne à tous les niveaux ;
- ✓ d'éviter l'application de la tarification éclatée qui laisse présager une mauvaise utilisation des principes de base de la politique en question ;
- ✓ de sensibiliser et conscientiser les agents en charge de la politique de gratuité des soins de santé, sur son utilité et son importance afin d'assurer une meilleure gestion ;
- ✓ d'archiver les données statistiques et les informations liées à la politique de gratuité des soins de santé afin d'en assurer la continuité ;
- ✓ de mettre en place un système de suivi des dépenses des structures qui permettrait au niveau central de procéder à des contrôles réguliers ;
- ✓ d'éviter la production manuelle des factures/reçus au niveau des CSI, qui pourrait ouvrir la voie à des pratiques néfastes et compromettre la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé. C'est le cas par exemple des doubles facturations ou des surfacturations.

Les Partenaires Techniques et Financiers :

- ✓ d'impliquer le niveau central du MSP concernant les différents appuis en intrants au lieu d'intervenir directement au niveau des structures sanitaires ;
- ✓ de promouvoir une simplification et une plus grande vulgarisation des manuels d'exécution des soins de la politique de gratuité ;
- ✓ de renforcer davantage leurs appuis dans le cadre de la politique de la gratuité des soins de santé au niveau du Ministère de la Santé Publique (MSP) ou au niveau de la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP).

BIBLIOGRAPHIE

1. **Abdoulaye Ousseini.**, Etudes et Travaux du LASDEL : « Une politique publique de santé au Niger : « la mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants, Octobre 2011 ».
2. **Antarou Ly et al.**, "Conférence Nationale pour le renforcement de la gratuité des soins au Niger", Mars 2012.
3. **Fafchamps M.** et **Minten B.**, "Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil" .Journal of African Economies, 2007.
4. **J.P Olivier De Sardan**, "L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Mali, Burkina Faso, Niger", Octobre 2010.
5. **J.P Olivier De Sardan**, "L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Mali, Burkina Faso, Niger", Décembre 2012.
6. **J.P Olivier De Sardan, V Riddle, A.Diarra, A. Ousseini** "Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger", Mars 2010.
7. **Marcel D.Kounnou**, Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans le département de la Donga, Rapport d'étude et de recherche, 2008.
8. **Mbaye E., Kâ O.** et **Bâ C.T.**, "Le plan sésame : une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectées par sa mise en oeuvre", 2012.
9. **MSP Niger**, "Manuel de la gestion de la gratuité des soins au Niger", Août 2007.
10. **MSP Niger**, "Audit des aspects financiers et organisationnels de la gratuité des soins", Décembre 2011.
11. **Richard F., Witter S., De Brouwere V.**, "Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources". Antwerp: ITGPress; 2008.
12. **Walker L.** et **Gilson L.**, "We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. Social". Science and Medicine, 2004.
13. **Who**, "Success Stories of Health Financing Reforms for Universal Coverage", Burundi ; 2011.

14. Witter S., Armar-Klemesu M. et Dieng, T., “National Fee Exemption Schemes for Deliveries. Comparing the Recent Experiences of Ghana and Senegal”, 2008.

15. Worldaudit Corporate s.a, “Audit des aspects financiers et organisationnels de la gratuité des soins au Niger”, Rapport final d'audit financier, Décembre 2011.

ANNEXE 1 : Liste des personnes ayant participé à la rédaction du rapport

Equipe technique :

MM. Abdoulaye IDRISSA BOUKARY, Cadre à la DSEDS ;

Méaki JOHOA, Cadre à la DSEDS ;

Ibrahim SAMAILA ISSA, Démographe ;

Lawali ALI, Directeur Général de la Maternité Issaka Gazobi ;

Ibrahim CHAIBOU, Epidémiologiste ;

Sabine ATTAMA, Démographe ;

Dr Malam KANTA Issa, Cadre à la Direction des Etudes et de la Programmation du Ministère de la Santé Publique ;

Mmes IBRAHIM BAOULE Sahia, Cadre à la DSEDS ;

HABOUBACAR Aminata, Cadre à la Direction de la Statistique du Ministère de la Santé Publique.

Personnes ressources :

Ousmane Amadou, Cadre à la Direction des Etudes et de la Programmation MSP ;

Aboubacar ADAKAL, Directeur de la Statistique MSP ;

Nassirou IBRAHIM, Démographe ;

Tchiari MAMADOU, Cadre à la DSEDS.

Sous la Direction de :

Sani OUMAROU, Directeur DSEDS ;

Et la coordination de :

Idrissa ALICHINA KOURGUENI, Directeur Général de l'INS

ANNEXE 2 : Liste des tableaux

Tableau A1 : Nombre moyen de personnels par catégorie selon le type de structure

Type de structure	CSI	HD	CHR/MRR/CSME	HN
Médecins	0	3	15	52
Sage-femme	1	6	42	25
Infirmiers/Infirmières	4	33	56	221
Technicien de laboratoire	0	3	11	18
Gérant de la pharmacie	0	1	2	10
Percepteurs	1	2	4	9
Matrones	2	6	3	11
Agents de Santé Communautaire	1	0	0	3
Filles de salle	1	2	35	29
Autres	1	9	41	31

Tableau A2 : Proportion des structures communiquant les tarifs aux patients par type de canal utilisé

Type de structure	CSI(%)	HD(%)	CHR/MRR/CSME(%)	HN(%)
Affiches	16	64	60	100
Radio communautaire	14	12	100	50
Télévision	7	20	80	50
Sensibilisation par comité de santé	82	68	100	50
Comité villageois/quartier	71	48	40	50
Sensibilisation par l'autorité	21	36	80	50
Autres à préciser	8	8	100	100

Tableau A3 : Proportion (en %) des bénéficiaires connaissant l'existence de la politique de la gratuité des soins de santé selon le groupe d'âge

Age	Aucun	Coranique	Alphabétisé	Primaire	Secondaire	Supérieure
15-19	11	12	0	13	17	0
20-24	25	25	21	19	33	25
25-29	24	26	11	25	24	33
30-34	17	20	26	31	26	33
35-39	12	8	26	6	0	8
40-44	8	6	5	4	0	0
45-49	2	1	0	1	0	0
50 et plus	1	2	11	1	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Tableau A4 : Répartition des bénéficiaires selon le lien de parenté avec l'enfant malade

Lien de parenté	Effectifs	Pourcentage
Mère	443	92
Père	15	3
Frère/Sœur	2	0
Tante/Oncle	5	1
Grand-mère/Grand père	18	4
Autres à préciser	1	0
Total	484	100

Tableau A5 : Proportion des bénéficiaires (en %) selon la recommandation ou pas sur les services reçus de la structure de santé dans le cadre de la gratuité

Recommandation	Effectifs	Pourcentage
Oui	711	98
Non	15	2
Total	726	100

Tableau A6 : Répartition des structures ayant fourni l'information d'admis pour la gratuité de 2008 à 2014

Année	CSI	HD	CHR/MRR/CSME	HN
2008	39	13	-	2
2009	51	4	-	2
2010	63	4	1	2
2011	68	6	1	2
2012	80	8	2	2
2013	77	10	2	2
2014	80	10	2	2

Tableau A7 : Répartition des structures ayant donné une information sur la situation de remboursement des factures de 2008 à 2014

Année	CSI		HD		CHR/MRR/CSME		HN	
	Montant émis	Montant remboursé	Montant émis	Montant remboursé	Montant émis	Montant remboursé	Montant émis	Montant remboursé
2008	27	14	16	14	4	4	2	2
2009	39	18	18	14	4	4	2	2
2010	46	18	17	12	4	4	2	2
2011	49	16	18	15	4	3	2	2
2012	47	11	17	12	4	4	3	3
2013	47	19	18	12	4	4	3	3
2014	51	25	19	13	5	5	3	3

Tableau A8 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CSI par type de prestation de 2008 à 2014

Type de prestations	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CPN	1098	1111	1192	1254	1354	1463	1423
Soins curatifs	6449	7629	7294	6774	8428	7278	7727
PF	469	403	603	804	979	971	1233
Accouchements gratuits	622	3550	848	187	867	253	328

Tableau A9 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux de district par type de prestation de 2008 à 2014

Type de prestations	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CPN	35616	46166	52475	33303	31722	34591	34785
Soins curatifs	31572	3827	10834	38004	17556	31608	30600
PF	12139	15571	19173	43898	19774	31695	50840
Césarienne/GEU/RU	64 (6)	71	71	74	306	93	129
Accouchements gratuits	1995	1395	1337	3256	2065	1975	1860

Tableau A10 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les CHR/MRR/CSME par type de prestation de 2008 à 2014

Type de prestations	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins curatifs	944	983	2152	1211	2472	5910	37750
PF	107	156	848	613	1578	1223	953
Césarienne/GEU/RU	472	499	1114	1181	1420	1329	1215
Cancer gynécologique	-	-	173	221	169	227	181
Accouchements gratuits	-	-	-	3009	4982	3963	2564

Tableau A11 : Evolution du nombre moyen de prestations gratuites de service de santé dans les hôpitaux nationaux par type de prestation de 2008 à 2014

Type de prestations	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins curatifs	8383	22228	27479	17791	18965	27121	33386
Cancer gynécologique	-	-	-	-	412	1255	1227

ANNEXE 3 : Questionnaires



REPUBLIQUE DU NIGER

MINISTRE DU PLAN DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET DU DEVELOPEMENT
COMMUNAUTAIRE

Institut National de la Statistique

Direction des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales

ENQUETE SUR LA GRATUITE DES SOINS AU NIGER (EGSN)

Questionnaire destiné aux CSI

Identification

Région : |__|

District Sanitaire : |__|__|

CSI de : |__|__|__|__|__|

Numéro du questionnaire : |__|__|__|

Fonction de la (des) personne(s) interviewée(s) :

1. Responsable de la structure ou autre intérimaire |__|

2. Percepteur |__|

3. Responsable facturation |__|

Durée dans le poste du répondant principal : |__|__|

PRENOMS ET NOM DE L'ENQUETEUR.....

PRENOMS ET NOM DU CONTROLEUR :

DATE DE PASSAGE : /__/_/ / /__/_/ / /_1_/_5/

Section 1 : Supports et Services de soins de santé fournis dans le cadre de la gratuité

1. Services fournis dans le cadre de la gratuité

Q1.1. Votre établissement pratique-t-il la gratuité des soins pour les prestations suivantes ?

	1. Oui	2. Non
a. Prise en charge intégrée total des maladies des enfants de moins de 5 ans	/	/
b. Consultations prénatales	/	/
c. Accouchement	/	/
d. Césarienne	/	/
e. GEU	/	/
f. Rupture de l'utérus	/	/
i. Contraception	/	/
j. Prise en charge des cancers gynécologiques féminins	/	/

2. Supports de gestion de la gratuité

Type d'enregistrement, rapport ou registre	Q1.2.1. L'outil est-il disponible ? 1. Oui 2. Non	Q1.2.2. Avez-vous connu une rupture durant ces 12 derniers mois ? 1. 2. Si Non aller à Q1.3.1 Oui Non	Q1.2.3. Si oui, pourquoi ? 1. enclavement 2. Manque de financement 3. lenteur administrative 4. Fournisseur irrégulier 5. Autres (à préciser)
Fiche de récapitulation/ fiche de synthèse			
Registre CPN			
Registre PF			
Registre consultation curative			
RUMEG : Registre d'Utilisation des Médicaments Essentiels Génériques			
Reçus/factures			

3. Tableau de vérification de la conformité des services de la gratuité des soins de santé fournis par année

Q1.3.1. CPN

Années	Nombre total de CPN enregistré chez le percepteur	Nombre total de CPN enregistré dans le rapport trimestriel	Nombre total de CPN facturé au nom de la structure de soin	Observations
2008	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2009	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2010	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2011	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2012	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2013	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2014	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	

Q1.3.2. Soins curatifs pour les 0 – 5 ans

[illegible]

Q1.3.3. Planification familiale

[illegible]

Q1.3.4. césarienne/GEU/Rupture de l'utérus

Années	Nombre total de césarienne/GEU/Rupture de l'utérus enregistré chez le percepteur	Nombre total de césarienne/GEU/Rupture de l'utérus enregistré dans le rapport trimestriel	Nombre total césarienne/GEU/Rupture de l'utérus facturé au nom de la structure de soin	Observations
2008	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2009	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2010	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2011	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2012	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2013	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2014	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Q1.3.7. Gratuité des accouchements

Années	Nombre total d'accouchements gratuits enregistré chez le percepteur	Nombre total d'accouchements gratuits enregistré dans les rapports trimestriels	Nombre total d'accouchements gratuits facturé au nom de la structure de soin	Observations
2008	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2009	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2010	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2011	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2012	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2013	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2014	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

4. Utilisation des services

Q1.4.1.

Années	Nombre total d'admission	Nombre total d'admission pour la gratuité	Observations
2008	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2009	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2010	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2011	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2012	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2013	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2014	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Section 2 : Personnel et Formations

1. Personnel (responsable structure)

Q2.1.1. Quel est le nombre total d'agents dans votre structure

/__/_/_/_/_/

Parmi ce nombre combien sont :

- | | |
|--|----------|
| 1. Médecins (toutes catégories confondues) | __ __ __ |
| 2. Sage-femmes (toutes catégories confondues) | __ __ __ |
| 3. Infirmiers/infirmières (toutes catégories confondues) | __ __ __ |
| 4. Technicien de laboratoire | __ __ __ |
| 5. Gérant de la pharmacie | __ __ __ |
| 6. Percepteurs | __ __ __ |
| 7. Matrones | __ __ __ |
| 8. Agents de Santé Communautaire | __ __ __ |
| 9. Filles de salle | __ __ __ |
| 10. Autre (à préciser) | __ __ __ |

2. Formations reçues dans le cadre de la gratuité

Q2.2.1. Parmi les agents impliqués dans la gestion de la gratuité des soins de santé combien au total ont reçu une formation spécifique sur la gratuité ?

|__|__|

Q2.2.2. Donnez le nombre de ces agents par type de formations reçues ci-dessous :

- | | |
|--|-------|
| a. Etablissement des reçus de la gratuité | __ __ |
| b. Tenue de la fiche de récapitulation mensuelle | __ __ |
| c. Etablissement des factures de la gratuité | __ __ |
| d. Vérification des factures/souches reçues | __ __ |
| e. Gestion de la pharmacie de la gratuité | __ __ |

Section 3 : Disponibilité des intrants (Responsables structures)

1. Moyens d'évacuation

Q3.1	Parmi les moyens d'évacuation suivants, lesquels dispose votre formation sanitaire ?	1. Oui 2. Non	Si Oui ⇨ Etat du matériel ? 1. Très Bon 2. Bon 3. Passable 4. Mauvais 5. Non fonctionnel
(a)	Ambulances	__	__
(b)	Ambulances Tricycles	__	__
(c)	Pinasses (pirogues à moteur)	__	__
(d)	Motos	__	__
(e)	Charrettes	__	__
(f)	Autres (à préciser)	__	__

2. Produits et consommables médicaux

Q3.2. Est-ce que votre structure dispose des stocks de médicaments essentiels pour assurer la prise en charge correcte des patients bénéficiaires de la gratuité ? 1. Oui 2. Non |__|

Parmi les molécules suivantes, quelles sont celles qui sont disponibles actuellement ?
mettre : 1. Oui ; 2. Non

CSI	
1. Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ACT comprimés	__
2. Sels de quinine, ampoules injectables	__
3. Cotrimoxazole comprimés à 480 mg	__
4. Paracétamol, comprimés à 500mg	__
5. Diazépam injectable 10 mg	__
6. SRO en sachets/Zinc	__
7. Ocytocine	__
8. Ampicilline, flacon injectable	__
9. Autres à préciser	__

Q3.3. Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer les médicaments ?

1. Oui ; 2. Non

1. Progiciel mis à jour quotidiennement |__|
2. Registre de stocks mis à jour quotidiennement |__|
3. Fiches de stock |__|

Q3.4. Depuis la mise en place de la politique de gratuité en 2006, dans quelle proportion avez-vous enregistré-des ruptures de produits ?

Portez le code correspondant à chaque proportion déclarée par année.

Années	Proportion	Observation
2008		
2009		
2010		
2011		
2012		
2013		
2014		

1 = 0% ; 2 = 1 à 5% ; 3 = 5 à 10% ; 4 = plus de 10%

Section 4 : Procédure de production et de transmission des factures liées à la gratuité des soins

Q4.1. Dans le cadre de la gratuité, quel type de tarification votre structure applique-t-elle ?

1. Forfait ; 2. Eclaté ; 3. Les deux |__|

Q4.2. Les tarifs officiels appliqués sont-ils portés à la connaissance des bénéficiaires ? |__|

1. Oui 2. Non si Non passez à Q4.3.

Q4.2.a. Si oui, Par quel canal communiquez-vous les tarifs aux patients ?

1. Affiches |__|
2. Radio communautaire |__|
3. Télévision |__|
4. Sensibilisation par comité de santé |__|
5. comité villageois/quartier |__|
6. Sensibilisation par l'autorité |__|
7. Autres à préciser..... |__|

Q4.3. Comment les factures/fiches récapitulatives sont-elles élaborées ? |__|

1. Progiciel
2. Avec un logiciel spécifique
3. Manuellement

Q4.4. Avez – vous un mécanisme interne de contrôle et de vérification des factures/fiches récapitulatives ? 1. Oui 2. Non |__|

Q4.5. Par quel moyen envoyez-vous les factures/fiches récapitulatives au niveau central ?

1. Oui 2. Non

- | | | |
|----|---------------------------|----|
| 1. | Compagnies de transport | __ |
| 2. | Poste | __ |
| 3. | Courier administratif | __ |
| 4. | Utilisation des missions | __ |
| 5. | Autres (à préciser) | __ |

Q4.6. Y'a-t-il un dispositif mis en place pour vous informer de la réception des factures ? /__/

1. Oui 2. Non , Si Non aller à Q4.7

Q4.6.a. Si oui, en combien de temps recevez-vous l'information sur la réception ? /__/

1. une semaine 2. Deux semaines 3. Un mois 4. Plus d'un mois

Q4.7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'établissement des fiches reçus/factures ?

1. Oui 2. Non

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | détermination de l'âge de l'enfant malade | __ |
| 2. | affluence des patients | __ |
| 3. | ruptures fréquentes des médicaments/consommables | __ |
| 4. | rupture des supports de gestion de la gratuité | __ |
| 5. | fonctionnalité du logiciel de gestion de gratuité | __ |
| 6. | remplissage correct des supports de gestion | __ |
| 7. | absence de formation | __ |
| 8. | autres (à préciser) | __ |

Q4.8. Que recommandez-vous pour l'amélioration du système de gratuité de soins de santé ?

1. Oui 2. Non

- | | | |
|----|--|----|
| 1. | célérité dans le remboursement des factures | __ |
| 2. | augmenter les tarifs des différents forfaits | __ |
| 3. | Elargir la cible à d'autres personnes | __ |
| 4. | Réduire la cible de la gratuité | __ |
| 5. | Eviter la rupture des médicaments | __ |
| 6. | Autres à préciser | |

Q4.9. Les patients (cibles de la gratuité) reçoivent-ils souvent des ordonnances après les consultations pour payer certains produits ? 1. Oui 2. Non |__|

Section 5 : Situation de remboursement

5.1. Situation de remboursement pour la structure

[illegible]

Q5.2. Quel est le délai moyen de remboursement ?

/ /

1 = moins de 6 mois ; 2 = 6 mois à 1 an ; 3 = plus d'1 an

Q5.3. Quelle utilisation faites-vous des frais de remboursement au titre de la gratuité des soins ?

- | | |
|-------------------------------------|------|
| 1. Achat des médicaments | /__/ |
| 2. Fonctionnement/Outils de gestion | /__/ |
| 3. Prime/Ristourne | /__/ |
| 4. Autre (à préciser) | /__/ |

Q5.4. Quelle est la part d'achat des médicaments dans le montant total remboursé ? /___/

1. Moins de 50% du montant 2. Entre 50% et 70% 3. Plus de 70%

Section 6 : appui des partenaires à la gratuité des soins de santé

Q6.1. Est que vous recevez un appui quelconque d'un partenaire dans le cadre de la gratuité des soins de santé ? (Responsable) 1. Oui 2. Non |__|

Q6.1.a. Si Oui quels sont ces partenaires ?

1. Oui

2. Non

- | | | |
|----|------------------------|----|
| 1. | OMS | __ |
| 2. | UNFPA | __ |
| 3. | UNICEF | __ |
| 4. | Fonds Mondial | __ |
| 5. | PAM | __ |
| 6. | ONG (à préciser) | __ |
| 7. | Autres (à préciser) | __ |

Q6.1.b. De quel appui s'agit-il ?

1. Oui

2. Non

- | | |
|--------------------------|----|
| Médicaments/consommables | __ |
| Ambulance | __ |
| Matériels | __ |
| Intrants nutritionnels | __ |
| Autres (à préciser)..... | __ |

Section 6 : appui des partenaires à la gratuité des soins de santé

Q6.1. Est que vous recevez un appui quelconque d'un partenaire dans le cadre de la gratuité des soins de santé ? (Responsable) 1. Oui 2. Non |__|

Q6.1.a. Si Oui quels sont ces partenaires ?

1. Oui

2. Non

- | | | |
|-----|------------------------|----|
| 8. | OMS | __ |
| 9. | UNFPA | __ |
| 10. | UNICEF | __ |
| 11. | Fonds Mondial | __ |
| 12. | PAM | __ |
| 13. | ONG (à préciser) | __ |
| 14. | Autres (à préciser) | __ |

Q6.1.b. De quel appui s'agit-il ?

1. Oui

2. Non

- | | |
|--------------------------|----|
| Médicaments/consommables | __ |
| Ambulance | __ |
| Matériels | __ |
| Intrants nutritionnels | __ |
| Autres (à préciser)..... | __ |



REPUBLIQUE DU NIGER

MINISTRE DU PLAN DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET DU DEVELOPEMENT
COMMUNAUTAIRE

Institut National de la Statistique

Direction des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales

ENQUETE SUR LA GRATUITE DES SOINS AU NIGER (EGSN)

Questionnaire bénéficiaire

Section 1 : Identification

Région : |__|

District Sanitaire : |__|__|

CSI : |__|__|__|__|__|

Milieu de résidence : 1. Urbain 2. Rural |__|

Village/quartier

Numéro du questionnaire..... |__|__|__|

Nom de l'enquêté(e).....

PRENOMS ET NOM DE L'ENQUETEUR.....

PRENOMS ET NOM DU CONTROLEUR :

DATE DE PASSAGE : /__/_//_/_//_1/_5/_

Section 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la femme ou de l'accompagnateur de l'enfant

- Q2.1. Age :
- Q2.2. Sexe : 1. Masculin ; 2. Féminin
- Q2.3. Niveau d'instruction
1. Aucun 2. Coranique 3. Alphabétisé 4. Primaire 5. Secondaire 6. Supérieure
- Q2.4. Occupation principale.....
- Q2.5. Statut matrimonial
1. Célibataire 2. Marié monogame 3. Marié polygame 4. Veuf (ve) 5. Divorcé/Séparé
6. Autres (à préciser).....
- Q2.6. Nombre d'enfants vivants de moins de cinq ans

Section 3 : Connaissance de la gratuité des soins de santé par les bénéficiaires

Q3.1. Connaissez-vous qu'au Niger, l'Etat a rendu gratuit certains soins aux femmes et aux enfants de moins de cinq (5) ans ? 1. Oui 2. Non **Sinon passez à Q3.5.**

Q3.1.a Si oui, par quel canal êtes-vous informée pour la première fois ?

1. agent de santé
2. comité de santé
3. radio/télé
4. Pair (causerie)
5. Autre (à préciser)

Q3.2. Selon vous, quels sont les prestations de soins de santé qui sont rendues gratuites pour les femmes ? **1. Oui 2. Non 8. Ne sais pas**

1. CPN
2. PF
3. Césarienne/RU/GEU
4. Cancers gynécologiques

Q3.3. Selon vous, quels sont les prestations de soins de santé qui sont rendues gratuites pour les enfants de moins de cinq ans ? **1. Oui 2. Non**

1. Soins préventifs
2. soins curatifs

Q3.4. Connaissez-vous que l'Etat du Niger rembourse les frais des soins et services de santé dont vous bénéficiez gratuitement ? 1. Oui 2. Non |__|

Q3.5. Pour quels types de service êtes – vous venue dans la structure ? 1. Oui 2. Non

1. CPN |__|

2. PF |__|

3. Césarienne/RU/GEU |__|

4. Cancer gynécologique |__|

5. Accouchement |__|

6. Enfant malade |__|

Si Q3.5 (6) ≠ 1 passer à la section suivante

Q3.6. Si enfant malade, quel est son âge en mois (révolus)? |__| |__|

Q3.7. Si enfant malade, quel est votre lien de parenté ? |__|

1. Mère 2. Père 3. Frère/sœur 4. Tante ou oncle 5. Grand-mère/grand-père

6. Autre à préciser : -----

Section 4 : Satisfaction du bénéficiaire

Q4.1. Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée au centre et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation ? |__|

1. Vu Immédiatement (moins d'une heure)
2. Quelques temps après votre arrivée (plus d'une heure)

Q4.2. En général, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette structure dans le cadre de la gratuité aujourd'hui ? |__|

1. Satisfait des services reçus
2. Moyennement satisfait des services reçus
3. Pas du tout satisfait des services reçus

Q4.3. Pouvez-vous recommander cette structure de santé à un ami ou à un membre de votre famille? 1. Oui 2. Non |__|

Q4.4. Parmi les difficultés ci-dessous lesquelles vous rencontrez le plus souvent dans le centre de santé et à quel degré ?

Difficultés		Appréciation du degré du problème			Ne pose pas de problème
		Majeur	Mineur	NSP	
a	Le temps d'attente	1	2	8	3
b	Le contact entre l'agent traitant et le bénéficiaire	1	2	8	3
c	L'explication que vous avez reçue au sujet de votre problème de santé	1	2	8	3
d	Les conditions dans lesquelles se font les consultations	1	2	8	3
e	La disponibilité des médicaments dans l'établissement	1	2	8	3
f	Les heures de service dans cet établissement (disponibilité du service)	1	2	8	3
g	Affichage du programme des prestations de services de santé	1	2	8	3
h	La propreté de l'établissement	1	2	8	3

Q4.5. Parmi les difficultés ci-dessous lesquelles peuvent le plus souvent empêcher à un malade de venir dans un centre de santé ? 1. Oui 2. Non

- | | |
|--|----|
| a. Mauvais accueil dans le centre | __ |
| b. Enclavement du centre | __ |
| c. Manque d'argent | __ |
| d. Absence de l'agent | __ |
| e. Distance | __ |
| f. Tâches ménagères | __ |
| g. Refus du conjoint ou autre membre de la famille | __ |
| h. Manque d'accompagnateur (trice) | __ |
| h. Autre (à préciser) | __ |

Q4.8. Que recommandez-vous pour l'amélioration du système de gratuité de soins de santé ?

1. Oui 2. Non

1. créer les conditions pour réduire le temps d'attente |__|
2. Augmenter les ressources humaines |__|
3. Eviter la rupture des médicaments |__|
4. Elargir la cible de la gratuité à d'autres personnes |__|
5. Améliorer les conditions des prestations de soins dans les centres |__|
6. Autres à préciser

Section 5 : Prise en charge dans le centre

Q5.1. Avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ? |__|

1. Oui 2. Non **Si Non allez à Q5.3.**

Q5.2. Si oui quel est le montant total que vous avez payé ? |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Q5.2.a. Pour quelle raison principale avez-vous payé cette somme ? |__|

1. Ne connaît pas 2. Pour faciliter mon passage chez le prestataire

3. Autres (à préciser).....

Q5.3. Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour vous ou pour votre [NOM de l'enfant malade] ? |__|

1. A donné tous les médicaments
2. A donné seulement une ordonnance
3. A donné certains médicaments et ordonnance

Section 6 : Changement de comportement des bénéficiaires depuis l'introduction de la gratuité de soins

Q6.1. Quel est votre **premier** recours au cas où vous ou votre enfant serait malade depuis l'introduction de la gratuité des soins ? |__|

1. Le centre de santé
2. Le marabout
3. Le féticheur
4. L'automédication
5. L'utilisation des pharmacies par terre