

REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité-Travail-Progrès



RAPPORT PROVISOIRE

Évaluation

**DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA
MESURE DE GRATUITÉ DES SOINS
AUX FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER
ET AUX ENFANTS DE 0 à 5 ANS DANS
LA REGION DE MARADI**



Haut Commissariat à la Modernisation de l'Etat

Avec l'appui financier de

Décembre 2022



&



TWENDE MBELE

Table des matières

Table des matières	2
SIGLES ET ACRONYMES	3
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
RESUME EXECUTIF	6
INTRODUCTION	8
1. PRESENTATION DE LA SITUATION SOCIOECONOMIQUE DE MARADI	10
2. DESCRIPTION DE LA MESURE	13
3. ÉVALUATION DE LA MESURE	20
3.1. Objectifs de l'évaluation	20
3.2. Démarche méthodologique	20
3.2.1. Planification technique et opérationnelle de l'évaluation	20
3.2.2. Conception des outils de collecte de données	21
3.2.3. Collecte et traitement des données	21
3.2.4. Devis de l'évaluation	25
3.2.5. Stratégie d'évaluation	25
3.2.6. Élaboration du rapport d'évaluation	26
3.2.7. Limites de l'étude	26
4. RESULTATS DE L'ÉVALUATION	27
4.1. De la pertinence et de la cohérence de la mesure	27
i. Analyse de pertinence	27
ii. Analyse de cohérence de la mesure	31
4.2. De l'efficacité de la mesure de gratuité	34
4.2.1. Utilisation des services de la gratuité dans la région de Maradi	34
3.2.3. Évolution de quelques indicateurs de santé	42
3.2.3. Appréciation de l'efficacité de la mesure de la gratuité de soins	45
4.3. De l'efficience de la mesure de gratuité des soins	55
4.4. Des effets induits par la mise en œuvre de la mesure	57
4.4.1. Les effets induits de la mise en œuvre de la mesure de la gratuité sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile	57
4.4.2. Effets sur la charge de travail	58
4.5. De la durabilité des acquis de mesure de gratuité	60
4.5.1. Les contraintes de la mise en œuvre de la mesure de gratuité	60
4.5.2. Mesures incitatives pour encourager la fréquentation des formations sanitaires	61
5. RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION	62
6. CONCLUSION GENERALE	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	66

SIGLES ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNPR/CPNR	Consultation Prénatale
COGES	Comité de Gestion Scolaire
CPoN	Consultation Post Natale
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé Mère et Enfant
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DGT/CP	Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	Direction de la Statistique
DS	District Sanitaire
EDSM	Enquête Démographique de Santé et de Ménages
ENABEL	Programme de Coopération Gouvernementale Belgique-Niger
ENAFEME	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HCME	Haut-Commissariat à la Modernisation de l'État
HD	Hôpital de District
HELP	Organisation Humanitaire non Gouvernementale Allemande
IDH	Indice de Développement Humain
INAM	Institut National d'Assistance Médical
INS	Institut National de la Statistique
MDM	Médecins du Monde
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP/AS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDC	Plan de Développement Communal
PDR	Plan de Développement Régional
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SDDCI	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Estimation de la taille de l'échantillon	22
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon	23
Tableau 3 : Récapitulatif du taux d'utilisation des PF par District sur le 5 dernières années.....	35
Tableau 4 : Récapitulatif de pourcentage des couples année protection par District sur le 5 dernières années	36
Tableau 5 : Taux d'accouchements assistés par personnel qualifié sur le 5 dernières années	38
Tableau 6 : Taux de couverture des consultations des nourrissons sur les 5 dernières années	39
Tableau 7: Taux d'utilisation des services (0-5ans).....	40
Tableau 8: Taux global d'utilisation des services.....	41
Tableau 9 : Taux de décès à la naissance sur les cinq dernières années (‰).....	43
Tableau 10 : Taux de mortalité maternelle (‰).....	44
Tableau 11 : Temps moyen mis les usagers avant d'être pris en charge pour la prestation ...	49
Tableau 12 : Qualité de la prestation de soins dans les formations sanitaires	52
Tableau 13 : 1 ^{er} recours en matière de santé par les populations.....	54
Tableau 14 : Situation de remboursement de la gratuité de 2006 à Décembre 2021 par structure	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition de la population enquêtée selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de gratuité avec les besoins.	27
Figure 2 : Répartition de la population enquêtée par groupe d'acteurs selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de la gratuité avec les besoins des populations.....	28
Figure 3: Le degré d'adaptabilité des paquets de gratuité de soins par rapports aux attentes des ménages enquêtés.....	30
Figure 4 : Adéquation entre les ressources allouées et la prestation	32
Figure 5 : Adéquation entre les moyens et la demande de prestation	33
Figure 6 : Taux d'utilisation global des PF de la région de Maradi	35
Figure 7: Pourcentage de couple année protection de la région de Maradi	37
Figure 8: Taux de la césarienne de la région de Maradi	37
Figure 9 : Taux d'accouchements assistés par personne qualifié	38
Figure 10: Taux de couverture des consultations des nourrissons	40
Figure 11: Taux d'utilisation des services (0-5ans)	40
Figure 12: Taux global d'utilisation des services de santé.....	42
Figure 13 : Taux de décès à la naissance (‰)	43
Figure 14: Taux de mortalité maternelle (‰)	44
Figure 15 : Effectivité de la gratuité des soins.....	45
Figure 16 : Sensibilisation sur la gratuité des soins	45
Figure 17 : Canaux de communication utilisés	47
Figure 18 : Efficacité globale des canaux de communication sur la gratuité de soins	47
Figure 19 : Appréciation spécifique des canaux de communication utilisés.....	48
Tableau 20 : Utilisation du paquet de la gratuité	49
Figure 21 : Appréciation de l'organisation de la prise en charge de la gratuité par les ménages	50
Figure 22 : Appréciation des régularités des remboursements.....	50

Figure 23 : Appréciation de la non-disponibilité des produits	51
Figure 24 : Appréciation de l'accueil dans les services de santé par les populations	51
Figure 25 : Appréciation de la prestation dans les services de santé par les parties prenantes	52
Figure 26 : fréquentation des formations sanitaires pour les consultations prénatales au niveau régional	53
Figure 27: La fréquentation des formations sanitaires pour les soins pour les enfants de 0 à 5 ans pour la région de Maradi.....	54
Figure 28 : 1 ^{er} recours en cas de problème de santé par les parties prenantes	55
Figure 29 : Évolution des taux des enfants de moins de 5 ans	57
Figure 30 : Appréciation des effets induits par les parties prenantes	58
Figure 31 : Perception de l'impact de la mesure sur la charge de travail des agents de santé.....	58
Figure 32 : Contraintes à la mise en œuvre de la gratuité	60
Figure 33 : Mesures incitatives en faveur de la gratuité.....	61

RESUME EXECUTIF

La mesure de gratuité du paquet de soins introduite par le Gouvernement du Niger en 2006, s'inscrit dans la politique générale du pays en termes de renforcement du capital humain. Elle a été mise en œuvre dans toutes les régions du pays où elle a connu diversement des succès ainsi que des défis de mise en œuvre. L'évaluation de la mesure dans la région de Maradi a été conduite pour fournir une analyse de sa conception, de son approche de mise en œuvre, du niveau d'atteinte des résultats escomptés et d'identification des principales difficultés rencontrées. La mission d'évaluation basée sur les critères de pertinence, de cohérence d'efficacité, d'efficience, d'impact et de durabilité a été conduite suivant une approche fortement participative et inclusive.

La mesure de gratuité a été mise en œuvre dans la région de Maradi caractérisée par une population jeune (50% de moins de 15 ans) et connaît un rythme de croissance de 3,7%. Dans le domaine de la santé, Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié qui était de 47,88% en 2016 est retombé à 33,4% en 2020 après avoir atteint 48% en 2017. Le taux d'incidence du paludisme pour cent mille habitants a connu une baisse substantielle. Il est passé 79,41 en 2016 à 55 en 2020. L'utilisation des services de santé connaît une tendance croissante même si son évolution est erratique entre 2016 et 2020. Les performances dans le domaine de l'éducation sont assez encourageantes ainsi que les efforts d'assainissement dans la région.

L'exercice évaluatif a révélé un certain nombre de constats au regard des différents critères d'évaluation ayant servi de prisme d'analyse.

La mesure de gratuité est pertinente et cohérente étant donné son rôle de facilitation de l'accès aux services de santé aux populations vulnérables. Elle figure parmi les priorités nationales et se retrouvent dans les principaux documents de politiques nationales, sectoriels et s'arrime également avec l'agenda 2063 de l'Union Africaine et l'agenda 2030 des Nations Unies. De par sa conception et son cadre de mise en œuvre, elle est censée améliorer les indicateurs liés à la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né.

En ce qui concerne l'efficacité de la mesure, sa mise en œuvre a été effective étant donné les soins gratuits apportés aux personnes cibles. Les populations ont été régulièrement informées de la mesure et ont utilisé les services offerts. Elles affichent une certaine satisfaction par rapport aux services offerts quoique des insuffisances soient notées au niveau de l'approvisionnement des intrants dus à l'irrégularité du remboursement des factures de prestation.

L'analyse de l'efficience de la mesure a permis de relever un faible taux de remboursement des factures de la gratuité des soins qui engendre des ruptures des produits pharmaceutiques au niveau des formations sanitaires, réduisant ainsi la capacité de ces dernières à donner entière satisfaction aux populations dans la qualité des soins offerts. Malgré ce handicap, les populations cibles reconnaissent dans leur majorité l'effectivité de la mesure de gratuité et sont satisfaites de sa mise en œuvre.

Des effets quoique non exclusivement attribuables à la mesure sont observés, notamment la baisse du taux de mortalité maternelle de 106‰ en 2006 à 60‰ en 2021. Toutefois, la mise en œuvre de la mesure a causé une surcharge de travail au niveau du personnel de santé

Finally, to ensure the sustainability of the reforms, interventions in the Maradi region must focus on the levers of the regularity of reimbursements and the strengthening of the technical platform (infrastructures and health inputs) of health formations. The sufficient involvement of certain strategic actors, the effectiveness of the follow-up device, a sufficient communication and the mastery of procedures by certain agents are also success factors for the measure.

The evaluation mission, in view of the results obtained, has highlighted a set of operational recommendations. These recommendations are formulated to the different stakeholders, notably the Government, the Technical Partners and Financial Partners as well as the health formations, with the aim of improving the implementation of the measure. One can note among other recommendations the following :

- prendre les dispositions nécessaires pour l'apurement des arriérés de remboursement accumulés vis-à-vis de toutes les formations sanitaires et le paiement systématique des factures courantes ;
- redynamiser le dispositif de 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) ;
- redynamiser le dispositif de suivi de la politique de gratuité des soins de santé, chargée de la gratuité des soins au niveau déconcentré (mettre plus de moyens) ;
- respecter l'alignement des appuis sur les objectifs définis par le Ministère de la santé dans le cadre de la mesure de la gratuité ;
- appuyer la mutualisation des ressources dans le système de santé pour une meilleure prise en charge ;
- respecter les critères d'éligibilité à la gratuité de soins.

INTRODUCTION

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et du Sahel, entre 11°30' et 23° de latitude Nord et 00° et 16° de longitude Est, le Niger est un pays continental vaste et enclavé¹ d'une superficie de 1.267.000 km² dont les 3/4 sont en zone désertique. Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, au Sud par le Bénin et le Nigeria, à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali et à l'Est par le Tchad. Le pays comprend huit (08) régions administratives, soixante-trois (63) départements, sept (07) régions collectivités territoriales et 255 communes dont quatre (04) communes à statut particulier ou ville.

Le taux d'accroissement annuel de la population nigérienne est l'un des plus élevés au monde. Il est passé de 3.3% (en 2001) à 3.8%² en 2021. L'effectif de la population est estimé à 25 millions d'habitants en 2021, alors qu'elle était de 3,2 millions en 1960. Majoritairement jeune (plus de 60%) et rurale (à 84%), cette population est concentrée essentiellement dans la bande méridionale du pays (1 /4 du territoire national) où vivent les ¾ de la population. Le taux de croissance démographique dépasse celui de la croissance de la production agricole du pays. Ce rapport se traduit par des crises alimentaires et nutritionnelles récurrentes qui maintiennent le pays dans une insécurité alimentaire chronique dans certaine partie du territoire.

Selon le profil de pauvreté, établi au plan national, 86% des pauvres vivent en milieu rural, dont 66% d'entre eux sont en dessous du seuil de pauvreté. Les femmes et les jeunes sont les plus touchés par la pauvreté rurale.

La situation sanitaire du Niger demeure contrastée malgré une amélioration sensible de certains indicateurs de santé maternelle et infantile. L'utilisation des services de santé est relativement faible en raison de la persistance des difficultés liées à l'accessibilité financière et géographique. L'accessibilité limitée aux structures sanitaires, la forte disparité entre zones urbaines et rurales, les difficultés d'approvisionnement en médicaments, la pénurie de ressources matérielles et humaines qualifiées, la forte prévalence des maladies nutritionnelles et infectieuses ...etc., constituent les principales caractéristiques de la situation sanitaire au Niger.

En réponse à cette situation, le Gouvernement du Niger, accompagné des partenaires techniques et financiers (PTF), a engagé de nombreuses réformes en vue d'améliorer la santé des populations, dont la politique de gratuité pour certaines catégories de la population, particulièrement les femmes et les enfants de moins de cinq (5) ans, à partir de 2006. Cette politique de gratuité repose sur une stratégie de préfinancement des coûts des soins offerts aux groupes cibles par les structures de santé, puis un remboursement de ces structures sanitaires par l'Etat et ou les PTFs, les ONG. L'objectif poursuivi est de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4 et 5), relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Cette mesure de gratuité, consiste pour les femmes, en des prestations de services de santé sans paiement : la planification familiale, la consultation prénatale, la césarienne/grossesse extra utérine/rupture utérine, la prise en charge du cancer gynécologique. Quant aux enfants

¹ Le port le plus proche de la capitale est situé à plus de 1.000 Km de la mer.

² Ce taux était de 3,9% (RGPH, 2012).

de moins de cinq (5) ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs. Cependant, la mise en œuvre de cette politique s'est avérée laborieuse et difficile.

En juillet 2022, le Haut-Commissariat à la Modernisation de l'Etat (HCME) en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de l'Action Sociale (MSP/AS), a jugé utile, à défaut d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme sur toute l'étendue du territoire, de mener une évaluation de cette mesure dans la région de Maradi à l'instar de la région de Dosso.

L'objectif de cette évaluation est de rendre compte de l'appréciation par les bénéficiaires et acteurs de la mise en œuvre de la mesure de gratuité. Cet exercice permet de déterminer dans quelle mesure la politique de gratuité des soins a atteint ses objectifs primordiaux de : (1) améliorer l'accès aux soins ; (2) réduire la mortalité des enfants ; (3) renforcer les partenaires pour fournir des services de santé de qualité ; (4) améliorer l'efficacité et l'efficacités des approches de prestation de gratuité ; (5) identifier les obstacles politiques opérationnels et les politiques nouvelles/révisées adoptées et mises en œuvre ; (6) soutenir les acteurs locaux, la société civile, les prestataires de services, les collectivités territoriales dans la promotion de la politique de gratuité des soins (7) documenter et diffuser les enseignements tirés des processus et expériences d'adaptation et de mise en œuvre ; et (8) identifier et coordonner les besoins des partenaires et des comités nationaux de gestion des médicaments. Cette évaluation, conduite par le Gouvernement du Niger, vient compléter les études déjà faites sur la gratuité avec les appuis d'autres partenaires.

Le présent rapport d'évaluation est structuré en cinq (05) chapitres. Le premier chapitre a trait à la présentation de la situation socio-économique de la région de Maradi. Le second a trait à la description de la mesure et son rationnel. Le troisième présente les objectifs de l'évaluation et la démarche méthodologique adoptée. Le chapitre 4 présente les résultats et le chapitre 5 est consacré aux recommandations.

1. PRESENTATION DE LA SITUATION SOCIOECONOMIQUE DE MARADI

Les informations contenues dans cette parties et les sources de données sont issues de la Contribution de la Région de MARADI à l'élaboration du PDES 2022-2026, Septembre 2020, Ministre du Développement Communautaire et de l'Aménagement territoire (MDC/AT). A mettre en référence note de bas de page.

Située au centre-sud du pays, la Région de MARADI couvre une superficie totale de 41796 km² caractérisée par un climat de type sahélien qui enregistre des précipitations irrégulières et mal réparties dans le temps et dans l'espace. La variabilité climatique occasionne des phénomènes récurrents comme les sécheresses et les inondations avec comme corolaires des déficits de production dans le secteur rural et une insécurité alimentaire chronique.

La Région de MARADI compte une population estimée à 4.523.438 habitants en 2020, avec une densité de 108,23 hbts/Km² contre 17,96 hbts/ Km² pour le pays. Cette population est en majorité rurale avec 87% d'habitants, contre 13% en milieu urbain. Les femmes représentent 50,8 % de la population avec un effectif de 2.297.969 femmes en 2020. On relève aussi que la population de la Région de MARADI est particulièrement jeune (50% de moins de 15 ans) et connaît un rythme de croissance de 3,7% contre 3,9% pour la moyenne nationale.

Au cours de ces dernières années, la Région fait face au problème récurrent d'insécurité particulièrement lié aux actions des bandits armés le long de la frontière avec le Nigéria.

L'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat constituent les principales activités économiques de la Région. Largement prédominante, l'agriculture occupe à elle seule plus de 95% de la population rurale. Sur tout un autre plan, on note une émergence de l'industrie agro-alimentaire, de l'exploitation des carrières et un développement progressif des activités du secteur tertiaire notamment le commerce, l'artisanat, le transport, la communication, l'hôtellerie, les activités bancaires, les assurances et les prestations de services.

Dans le domaine de la santé³, la situation établit en lien avec la politique de gratuité des soins fait ressortir un taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois qui a légèrement baissé au cours de la période 2016-2020. Ce taux est passé de 132% en 2016 à 110% en 2020.

D'autre part, la situation de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé s'est détériorée dans la même période. En effet, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié qui était de 47,88% en 2016 est retombé à 33,4% en 2020 après avoir atteint 48% en 2017.

Sur la période 2016-2020, le taux d'utilisation de la CPN4 a connu une progression en passant de 34,81% en 2016 à 44% en 2019 avant de retomber à 35% en 2020.

Le taux de mortalité des enfants de moins de moins de 5 ans est passée de 0,01 ‰ en 2017 à 0,05‰ en 2020.

Le taux d'incidence du paludisme pour cent mille habitants a connu une baisse substantielle. Il est passé 79,41 en 2016 à 55 en 2020.

Par ailleurs, la densité du personnel de santé pour mille habitants s'est améliorée et passe de 0,01 en 2017 à 0,33 en 2020. Le taux de rupture des molécules est passé de 3,28% en 2016

³ *Ministre du Développement Communautaire et de l'Aménagement territoire et du développement communautaire (MDC/AT) : Contribution de la Région de MARADI à l'élaboration du PDES 2022-2026, Septembre 2020*

à 19% en 2020 et le taux des hémorragies de la délivrance dans les formations sanitaires est passé de 0,85% en 2016 à 1,80% en 2020.

L'espérance de vie à la naissance dans la Région est de 56,5 ans en 2011. Elle est la plus faible du pays et peut s'expliquer par la précarité des conditions de vie des ménages, le faible accès aux services sociaux de base tels que la santé, l'éducation, l'accès à l'eau potable et l'assainissement, etc. Le faible accès aux services publics dans tous ces secteurs est dû à l'insuffisance des ressources qui leurs sont allouées, à la pauvreté de la population et à sa perception quant à l'importance de ces secteurs.

⁴**Dans le domaine de l'éducation**, on note que sur la période 2016-2020, l'accès à l'enseignement primaire a connu une évolution significative même si celui-ci a progressé en dents de scie. En effet, le taux brut des enfants admis en première année du primaire a évolué de 80,7% en 2015/2016 à 105,5% en 2019/2020.

Cette augmentation est plus importante chez les filles (41,2%) que chez les garçons (23,4%) au cours de cette période. Ceci est le résultat de toutes les stratégies mises en place pour la scolarisation, à travers les campagnes de sensibilisation et autres programmes de soutien en faveur de la jeune fille. Ce qui a permis de réduire la disparité en termes d'accès entre les filles et les garçons où l'écart entre les deux taux passe de 19,1% en 2015-2016 à 10,9% en 2019-2020, soit une réduction de 8,2 points de pourcentage. La même situation s'observe en milieu rural où la disparité entre les filles et les garçons est réduite en termes de points de pourcentage.

Le taux brut de scolarisation (TBS) qui est le rapport entre l'effectif scolarisé et la population ayant l'âge officiel d'être scolarisée (7-12ans), est l'indicateur utilisé pour apprécier l'offre éducative globale. Grâce aux efforts réalisés pour l'universalisation de l'enseignement primaire à travers la mise en place du PSEF, la Région de MARADI a enregistré des avancées significatives. En effet, le taux brut de scolarisation est passé de 80,0% en 2015/2016 à 81,2% en 2019/2020 soit une augmentation de 1,2 point de pourcentage. Néanmoins, ce taux cache un écart important entre les filles et les garçons. **L'écart du TBS des garçons à celui des filles qui était de 22,3 points de pourcentage en 2015-2016, s'est réduit pour se situer à 15,9 points en 2019-2020 soit une réduction de 6,4 points de pourcentage.** Cela est essentiellement dû aux multiples actions de sensibilisation en faveur du rehaussement du niveau d'alphabétisation et à la réduction de la pauvreté des parents et aux pesanteurs socioculturelles (mariage forcé des enfants et/ou grossesses non désirées, ...), au maintien de la petite fille à l'école, à l'amélioration des réalisations d'infrastructures d'accueil (cantines, classes, latrines) et des équipements (la proportion (89%) des écoles ne disposent d'aucune latrine en 2013 est ramenée à 30,9% en 2019. Par contre le ratio Régional qui était de 5 élèves par table-banc en 2013 se situe à 6,2 élèves par table-banc en 2020.

Par conséquent, malgré ces multiples efforts déployés pour la scolarisation en particulier celle des filles, beaucoup reste à faire pour l'atteinte effective de l'objectif de la scolarisation universelle.

La disparité des TBS au niveau des départements reste visible. Ainsi, en 2019, les départements comme, Guidan Roudji, Aguié, Madarounfa et la ville de MARADI enregistrent des TBS supérieurs à la moyenne Régionale (77,9%). Cependant les départements de Bermo, Dakoro, Gazaoua, Mayahi et Tessaoua restent en deçà de cette moyenne.

En matière de scolarisation de la jeune fille, une attention particulière se dégage pour les départements de Mayahi et Bermo, comme l'indique leurs indices de parité supérieurs à la moyenne Régionale, malgré leurs faibles taux de scolarisation, respectivement de 55,9% et

⁴ Source : DSI/MEN

44,9% (*Contribution de la Région de MARADI à l'élaboration du PDES 2022-2026, Septembre 2020*).

Dans les domaines de l'hydraulique et de l'assainissement, le Taux d'Accès Théorique (TAt) ⁵de la Région de MARADI (51,2%) est supérieur au taux moyen national (46,85%). Ce taux s'est nettement amélioré au cours de la période 2016-2021 et se situe toujours en deçà de la cible Régionale à atteindre qui est celle de porter ce taux au-delà de 56% alors que la cible nationale à atteindre depuis 2015 est de porter cet indicateur au-delà de 58%.

En milieu urbain (centres d'affermage), le taux de desserte a évolué en dents de scie. En effet, dans la Région de MARADI, sur la période 2016-2019, en moyenne ⁶93,73% des habitants ont théoriquement accès à l'eau potable. Ce taux de desserte en eau potable masque l'existence d'une disparité entre les centres concédés. En effet, hormis le centre de Dan Issa, tous les 10 centres gérés par la SEEN, présentent un taux de desserte supérieur à 80%. En 2019, seulement deux centres sur les 10 n'ont pas atteint le taux de 100%, Il s'agit de GUIDAN-ROUMDJI avec 96,8% et DAN ISSA qui enregistre le plus faible taux (61,83%) au niveau de la Région.

Quant au domaine de l'assainissement, les activités de base se résument *i)* aux réalisations des latrines, *ii)* à la promotion des pratiques d'hygiène et d'assainissement avec les appuis de certains partenaires dans la Région à travers des actions de sensibilisation, de formation, et le déclenchement de l'ATPC.

Au plan national le taux de panne en 2016 était de 8,5%. Ce taux a baissé en 2019 pour se retrouver à 7,9%. MARADI avec un taux de 5,1% est nettement meilleur que celui du niveau national, il est très proche de la cible nationale qui est de 5%.

Le taux de couverture géographique de la Région de MARADI est de 80,6% en 2019. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (71,77%).

Quant au taux d'accès théorique, il est supérieur (51,2%) à la moyenne nationale (46,85%). Ce taux est en deçà de la cible Régionale (56%) visée en 2015.

⁵ Source : Direction Régionale de l'Hydraulique – Maradi

⁶ Source : rapport des indicateurs MHA 2019

2. DESCRIPTION DE LA MESURE

2.1. Contexte

La gratuité des soins consiste à fournir des prestations des soins à la population cible c'est-à-dire les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, les femmes désirant espacer les naissances, les césariennes et les femmes souffrant de cancers gynécologiques sans qu'ils ne participent financièrement.

La mesure de la gratuité des soins a été introduite depuis 2006 par le gouvernement du Niger au profit de certaines catégories de la population dans le but de faciliter leur accès aux soins de santé.

Plusieurs éléments entrent en ligne de compte dans la prise de la décision :

- **La crise alimentaire de 2005** : le Niger est un pays qui connaît de manière récurrente des déficits alimentaires. En particulier, la crise alimentaire de 2005 qui a aggravé une malnutrition infantile chronique, dont la persistance a amené des ONG, plutôt spécialisées dans l'urgence, à mettre en œuvre la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans dans certaines zones du pays, avec le soutien de l'Etat, avant que ce dernier ne mette en place officiellement cette gratuité à l'échelle nationale. Il s'agit de deux ONG internationales : Médecins Du Monde (MDM) et HELP (Ridde, 2007).
- **Les limites du recouvrement des coûts** : le Niger avait instauré le système de recouvrement des coûts des soins de santé (à l'épisode maladie) depuis 1999. La mise en œuvre de cette politique de santé a conduit à l'introduction du paiement partiel des frais des soins par l'utilisateur dans le pays et a permis un approvisionnement régulier des formations sanitaires en médicaments génériques à des coûts plus abordables que les spécialités. Cependant, l'Enquête Démographique de Santé et de Ménages (EDSM) de 2006 a montré que 29,4% de la population n'ont pas accès aux services de santé à cause des coûts. « Le système du recouvrement des coûts constitue une barrière à l'utilisation des services de santé et surtout pour les couches les plus vulnérables qui sont les femmes et les enfants qui n'ont pas de revenus ou bien dont leur décision d'utilisation d'un service de santé dépend du chef de famille ou d'une tierce personne. » (DEP/MSP). L'émergence de la gratuité des soins au Niger a été également favorisée par un contexte de pauvreté estimée à 63 % de la population.
- **Les indicateurs sanitaires et l'atteinte des Objectifs du Millénaire** : les indicateurs socio-sanitaires restent faibles en termes de performance et n'ont pas connu une amélioration significative malgré les différentes réformes engagées par l'État (la généralisation du recouvrement des coûts, la réforme hospitalière, la restructuration du secteur pharmaceutique pour une meilleure accessibilité aux médicaments génériques, etc.), depuis les indépendances. En 2005, le taux de mortalité infanto-juvénile était de 274 pour 1000 et celui de la mortalité maternelle était de 700 pour 100 000 naissances. C'est pourquoi le Ministère de la Santé Publique a défini une politique globale appelée le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005- 2010 et qui tire sa source du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2002-2015), en vue d'améliorer les indicateurs sanitaires.

- Le premier texte pris sur la gratuité a été le décret n° 2005-316/PRN/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de santé publics. Pour beaucoup d'agents du Ministère de la Santé Publique, il s'agissait d'une décision prise pour répondre aux engagements des autorités du Niger en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile dans le cadre de l'atteinte des ODM. Il s'agissait aussi pour le Niger de donner un signal positif en vue de préparer la prochaine négociation avec la Banque mondiale (BM).

En effet, pour la Banque Mondiale, les gratuités des prestations liées à la césarienne et des produits contraceptifs étaient des mesures insuffisantes pour que le Niger puisse accéder à une aide financière de leur part. Il fallait encore abolir le paiement d'autres services de santé pour la population. C'est ainsi que l'arrêté n°079/MSP/LCE/MFE du 26 avril 2006 instituant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de zéro (0) à cinq (5) ans a été pris.

2.2. Objectif de la mesure

L'objectif de la mesure est d'améliorer l'accès aux soins de santé aux groupes les plus vulnérables (les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les enfants de zéro (0) à cinq (5) ans)

2.3. Cadre juridique de la gratuité des soins

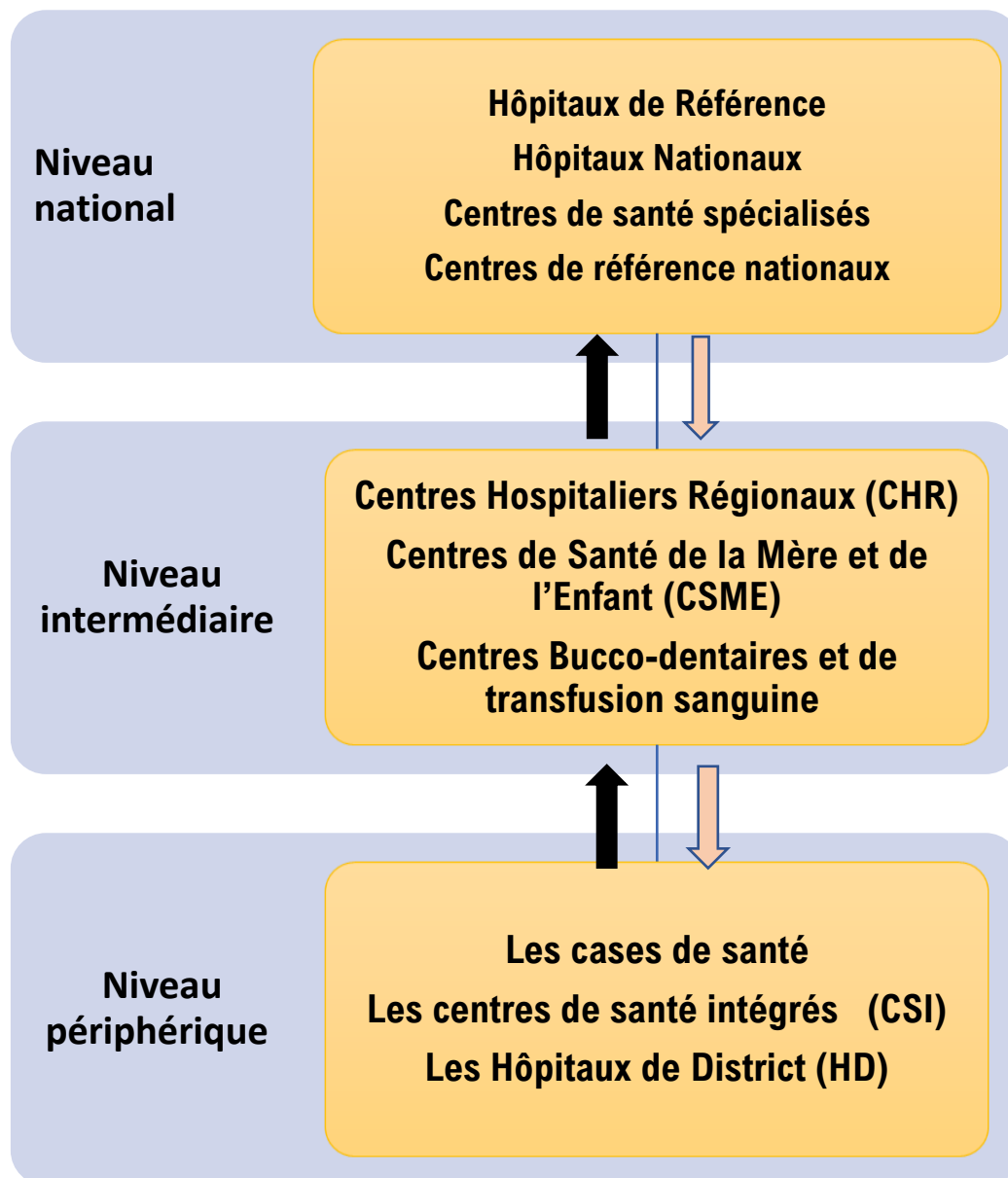
Le cadre juridique de la mesure de gratuité est bâti sur les textes réglementaires suivants :

- Décret N° 2005-316/PR/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de santé publics
- 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
- Arrêté N° 0015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du Décret de la césarienne
- Arrêté N° 65/MSP/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 accordant la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs
- 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 0 à 5 ans.
- Arrêté N°0219/MSP/DGSP/DOS du 27/08/2007, portant création, organisation et attributions de la Cellule de Coordination et de Suivi de la gratuité liée aux prestations de santé.
- Arrêté N°132/MSP/ DGSP/DOS/CGS du 07 mai 2010 portant création d'un comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins.
- Arrêté N°121/MSP/SG/DGSP/DOS du 29 mars 2012, portant création du Comité chargé du suivi de la mise en œuvre des recommandations de la conférence gratuité des soins
- Arrêté N°0425/MSP/SG/DEP/DF du 19 décembre 2014, portant création du Comité Technique chargé du suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Il faut signaler la tenue, du 13 au 15 mars 2012, d'une Conférence Nationale pour le renforcement de la gratuité des soins au Niger. Cette conférence a débouché sur de fortes recommandations. C'est ainsi que le MSP a mis en place un comité chargé du suivi de la mise en œuvre des recommandations de la conférence sur la gratuité des soins.

2.4. Organisation du dispositif de prestation de soins

Le système de santé au Niger est organisé comme suit :



Si un niveau est limité pour prendre en charge la prestation de santé, il est référencé au niveau supérieur.

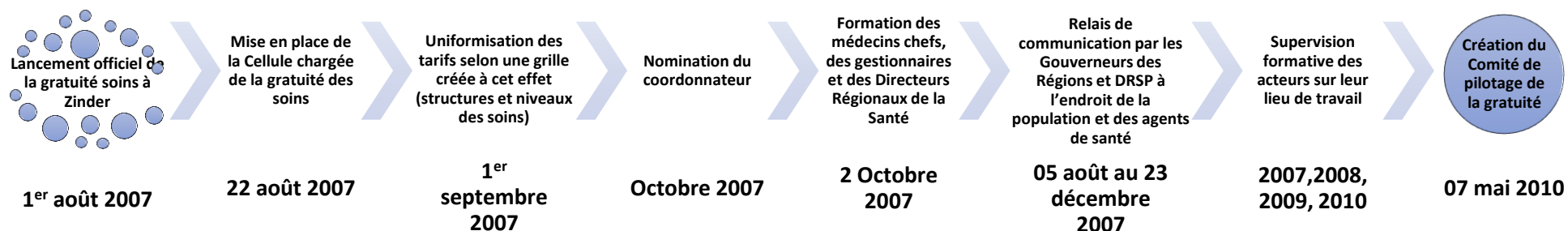
2.5. L'information des acteurs sur la mesure

Un cadre de communication adéquat a été mis en place. Les principaux canaux de communication utilisés sont les ateliers, les campagnes de sensibilisation radio télévisées. Ainsi l'information des acteurs s'est effectuée à travers :

- **L'atelier « sur les stratégies d'accès aux soins au Niger »**, tenu du 21 au 23 juin 2006 à Zinder qui a recommandé, entre autres, l'application intégrale des différentes mesures prises relatives à la gratuité des soins. Ces assises ayant regroupé plusieurs couches socio professionnelles, ont permis aux participants de faire connaître leurs préoccupations par rapport au fonctionnement d'un système de santé dans lequel est instaurée la gratuité des soins pour certaines prestations ;
- **Une note portant sur les modalités de gestion (outils de gestion) de la gratuité** a été élaborée et transmise aux différents acteurs concernés ;
- **Un plan de communication** a été élaboré par le MSP pour informer et sensibiliser la population et tous les acteurs impliqués dans la mise en place effective de la gratuité des soins ;
- **Le lancement officiel de la gratuité** s'est tenu à Zinder le 1er août 2007 en présence du Ministre de la Santé Publique. Ensuite, s'en est suivie la campagne de sensibilisation à travers tout le pays ;
- **Le système « bouche à oreille »**.

2.6. La mise en place du paquet de gratuité des soins

La mise en place s'est déroulée comme suit :



2.7. Le financement de la mesure du paquet de la gratuité

La mesure est financée par les tiers payants suivants :

- **L'Etat** : Suite aux discussions budgétaires de 2006, le MSP a obtenu en sa faveur la création d'une ligne budgétaire « gratuité ». En 2007 la Loi des Finances a prévu un budget de 3 milliards en faveur de la gratuité des soins à travers la ligne budgétaire « gratuité » ;
- **Les Partenaires Techniques et Financiers** : Il s'agit principalement de l'AFD, du FNUAP, de l'UNICEF et du Fonds Mondial ;
- **Les ONG** : HELP, Médecins du Monde (MDM) et Médecins Sans Frontière (MSF). Leurs appuis sont parfois en nature.

2.8. Le paquet de la gratuité

Le paquet concerne les soins curatifs et préventifs pour les femmes enceintes, les enfants de zéro (0) à cinq (05), la Planification Familiale, les cancers féminins et la césarienne. L'État en tant que garant de la santé de la population s'est substitué en tiers payant pour la prise en charge de ces prestations fournies gratuitement. Le paquet des soins est fourni en fonction du niveau de prise en charge.

2.9. Les modalités de prise en charge du paquet de la gratuité

Avant toute prise en charge, il est d'abord vérifié si le patient n'a pas une prise en charge d'une société ; d'un organisme ou d'une assurance maladie. Dans le cas où il en possède, les frais à rembourser concernent seulement la part du coût des soins supportés par le patient (exemple 10%, 20%). Un manuel de procédure est élaboré pour décrire le processus de prise en charge de gratuité. Il présente les outils de contrôle du paquet de gratuité, le mécanisme de contrôle et de traitement des dossiers, le contrôle interne, l'audit externe, ainsi que le mécanisme de suivi et d'évaluation.

2.10. La théorie du changement de la mesure de gratuité

La théorie du changement de la mesure de la gratuité décrit la manière dont elle est censée fonctionner pour produire les résultats désirés sous des hypothèses données. N'ayant pas été élaborée lors de la définition de la mesure, elle a été reconstituée à l'occasion de cette évaluation.

En effet, se basant sur les niveaux préoccupants des taux de mortalité maternelle et infanto-juvéniles en 2005 en lien avec les cibles des OMD d'alors et compte tenu du niveau alarmant des indicateurs de pauvreté, le gouvernement de la République du Niger a entrepris la mise en œuvre de la mesure de gratuité. Pour ce faire, il a mobilisé les ressources humaines, financières, organisationnelles et informationnelles adéquates pour conceptualiser et mettre en œuvre cette réforme majeure. Elle a été mise en œuvre à travers un paquet d'actions notamment, l'élaboration de la procédure de gratuité, la mise en place d'une cellule de gratuité, la formation des acteurs concernés par la mise en œuvre de la mesure, la mobilisation de l'État et des partenaires et l'organisation des campagnes d'information au profit des populations.

Ceci devrait donner lieu à un cadre de gouvernance de la gratuité fonctionnelle, à l'État et aux partenaires mobilisés pour accompagner la réforme pour que les populations soient informées et sensibilisées sur la gratuité des soins.

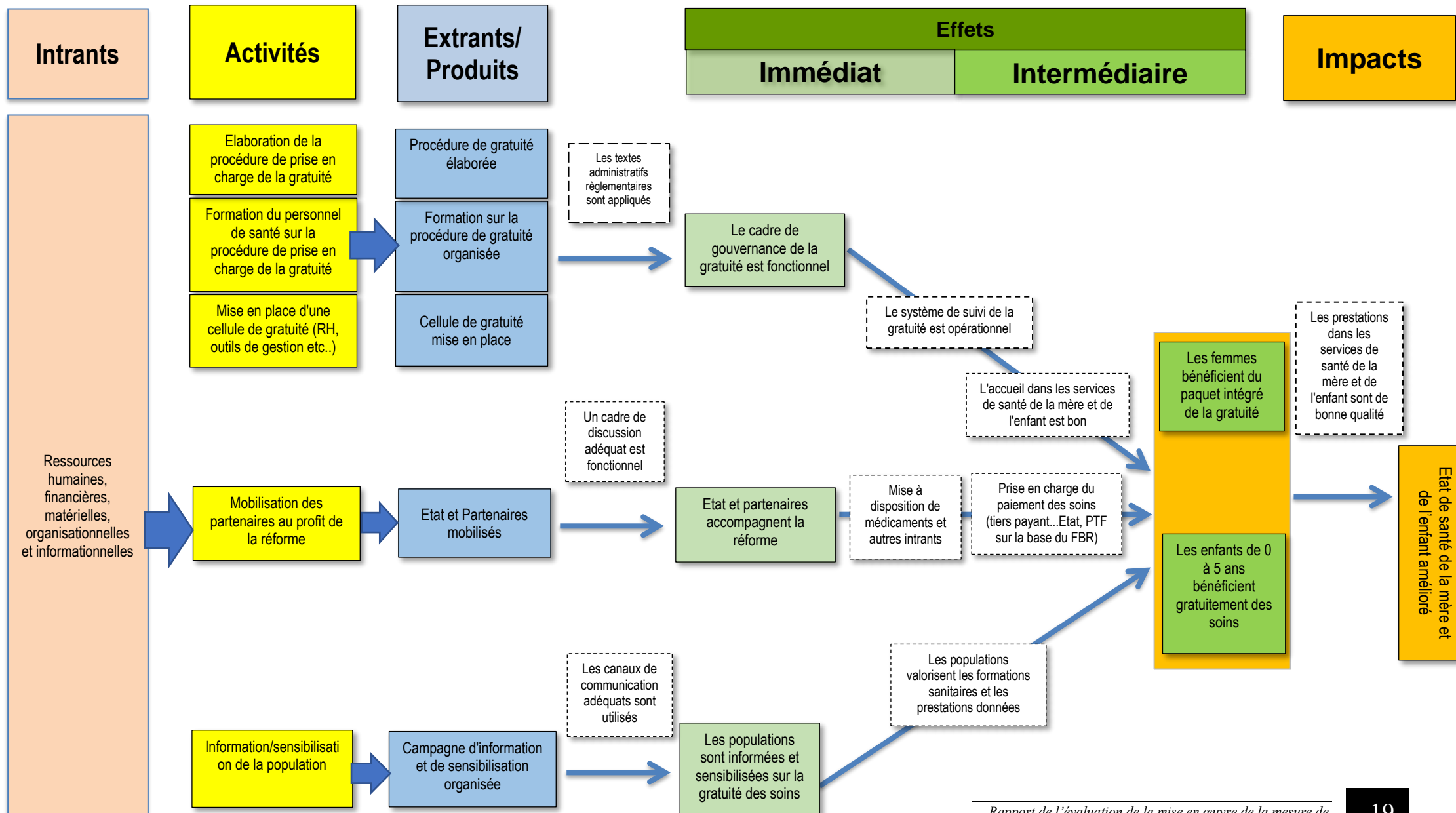
Ainsi, les femmes en âge de procréer et les enfants de zéro (0) à cinq (5) ans bénéficieront de la mesure et verront in fine, leur état de santé amélioré. Il faut toutefois noter que la matérialisation des vertus de la gratuité est tributaire d'un ensemble de conditions critiques ou hypothèses qui conditionnent la réalisation des changements successifs envisagés par la réforme. Il s'agit entre autres de :

- la régularité du remboursement des prestations par l'État et les autres tiers payants ;
- la disponibilité des médicaments et autres intrants ;
- la qualité de l'accueil et des prestations de soins dans les services de santé de la mère et de l'enfant ;
- la valorisation de services de santé par les populations.

Le modèle logique qui matérialise la théorie du changement est présenté dans le schéma ci-après.

Théorie du changement du paquet intégré de gratuité au profit des femmes enceintes et des soins de santé des enfants de zéro à 5 ans

Raison d'être de la mesure : Les niveaux préoccupants des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile en 2005 au regard des cibles OMD



3. ÉVALUATION DE LA MESURE

3.1. Objectifs de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est de contribuer à l'amélioration de la gouvernance dans le secteur de la santé publique par la mise à disposition de données probantes permettant d'apprécier la mise en œuvre de la mesure de la gratuité dans la région de Maradi.

De façon spécifique, il s'agit de :

- faire un état des lieux sommaire de la mise en œuvre de la gratuité des soins au niveau des différents établissements de santé publique de la région de Maradi ;
- analyser le niveau d'effectivité de la gratuité au niveau des groupes cibles ;
- analyser les coûts réels de la gratuité ;
- relever l'apport de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers ;
- analyser les mécanismes de préparation et de gestion de la gratuité ;
- étudier l'adéquation de cette mesure avec les besoins en soins de santé des populations dans la région de Maradi ;
- examiner les résultats issus de la mesure de la gratuité ;
- apprécier les moyens déployés pour la réforme en lien avec les résultats obtenus ;
- identifier les insuffisances et difficultés inhérentes à la mise en œuvre de la mesure de la gratuité ;
- analyser les effets induits par la mise en œuvre de la mesure de la gratuité ;
- proposer des mécanismes de pérennisation des acquis ;
- formuler des recommandations opérationnelles pour l'amélioration de la mise en œuvre de cette mesure.

L'évaluation de la mesure de la gratuité couvre sa mise en œuvre de 2006 à 2021.

3.2. Démarche méthodologique

La démarche méthodologique adoptée dans le cadre de la présente mission est structurée en six (06) étapes : (i) planification technique et opérationnelle de l'évaluation, (ii) conception des outils de collecte (iii) collecte et traitement de données, (iv) devis d'évaluation ; (v) stratégie d'évaluation ; vi) élaboration et validation du rapport.

3.2.1. Planification technique et opérationnelle de l'évaluation

La première phase de la mission a permis de disposer du référentiel de l'évaluation. Il s'agit d'un document technique qui oriente l'équipe d'évaluation et toutes les parties prenantes dans les choix méthodologiques en tenant compte des perspectives et du contexte de l'évaluation de la mesure. Il comprend : la théorie de changement, les questions évaluatives, les indicateurs et la stratégie de l'évaluation.

La conception du référentiel de l'évaluation a mobilisé des ressources documentaires relatives à la mesure de gratuité et l'organisation d'un atelier technique de conception méthodologique. L'atelier qui s'est tenu les 27 et 28 octobre 2022 à Maradi, a permis au comité technique, sous la direction des consultants facilitateurs, d'affiner la théorie du changement de la mesure de gratuité, d'affiner les questions évaluatives, d'élaborer la matrice d'évaluation et de concevoir les outils de collecte de données.

3.2.2. Conception des outils de collecte de données

Pour les besoins de l'évaluation et conformément à la matrice d'évaluation, deux types d'outils sont utilisés, à savoir le guide d'entretien et le questionnaire ménage. Le guide d'entretien est destiné aux agents de santé des CSI, Hôpitaux de Districts et Hôpitaux Régionaux ainsi que les responsables des centres de santé (gestionnaires, percepteurs, etc.). L'autre est conçu pour les acteurs de la Communauté (COGES, ONG, autorités traditionnelles) et les PTF.

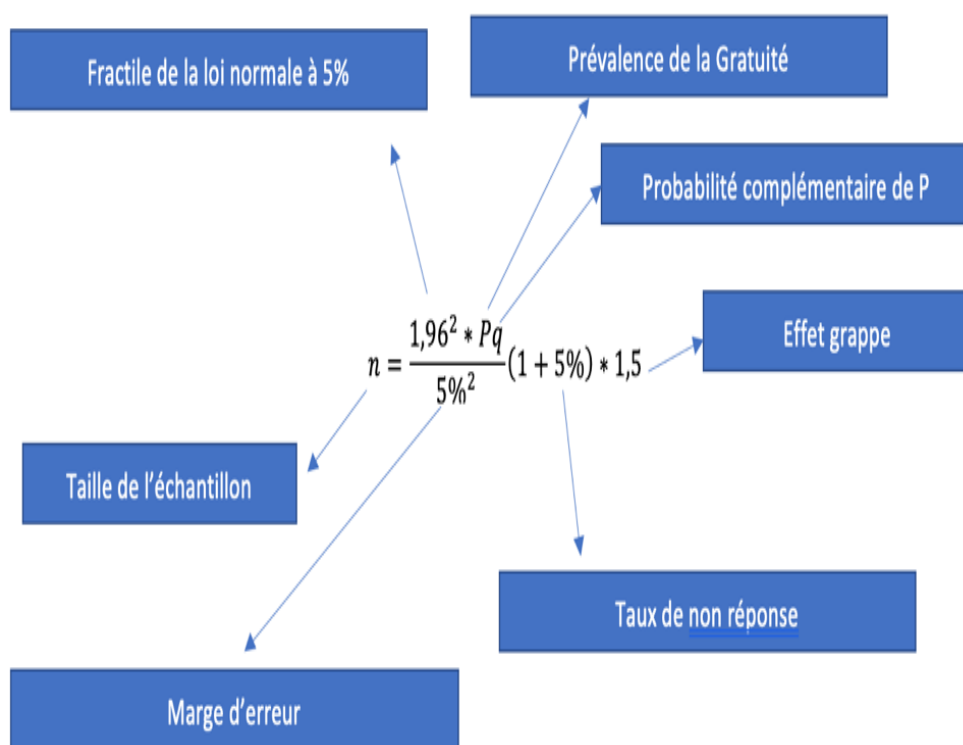
Le questionnaire ménage est destiné aux femmes en âge de procréer qui seront interrogées dans les ménages à visiter.

Tous les outils conçus ont été digitalisés sur kobotoolbox.

3.2.3. Collecte et traitement des données

- *Procédure d'échantillonnage*

La taille de l'échantillon au niveau ménage est déterminée sur la base de la formule suivante :



Il est à noter que quatre (4) prévalences ont été prises en considération. Ces prévalences constituent le paquet de la gratuité de soins à savoir :

- Planification familiale ;
- Césarienne ;
- Consultation prénatale
- Soins des enfants de moins de 5 ans.

La taille optimale de notre échantillon est celle qui nous permet de reproduire au niveau de l'échantillon, les statistiques obtenues au niveau de la population. Les différentes

composantes du paquet de gratuité donnant lieu à des tailles d'échantillon différentes, la loi statistique instruit de prendre l'échantillon avec un effectif le plus élevé parmi les échantillons calculés en fonction des prévalences des différents centres d'intérêts du paquet de gratuité. L'application de cette formule et conformément à la loi de la statistique d'échantillon nous permet de retenir l'échantillon de taille **579**, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1 : Estimation de la taille de l'échantillon

Paquet de gratuité	Prévalence (%)	Taille échantillon
PF	40	579
Césarienne	2	40
CNPR1	82	361
CNPR4	37	564
0 à 5 ans	8	180

Source : Données de l'étude, à partir des annuaires statistiques

Les CSI ont été considérés comme des zones d'échantillonnage dans chaque District Sanitaire (DS). En effet, nous avons répertorié l'effectif des CSI par DS. Ce qui a permis de répartir l'échantillon selon le poids des Districts en CSI, ceux-ci étant le point de fourniture du paquet de gratuité.

Le nombre de CSI à échantillonner par District Sanitaire est déterminé suivant le poids du District en CSI. Tous les Districts sanitaires ont été systématiquement pris en compte. Les CSI échantillonnés sont choisis à l'intérieur des Districts de façon aléatoire. Le nombre d'unités d'observation d'échantillon à considérer par CSI est déterminé par la méthode développée par le réseau Afrobaromètre. Cette méthode consiste à prendre en moyenne huit (8) enquêtés par CSI. Cela nous a conduit à répartir l'échantillon comme suit :

- Le tirage des ménages a été fait à l'intérieur du quartier de ville /village abritant le CSI.
- Le mode de tirage des ménages à l'intérieur des villages/quartiers de ville est le mode de tirage systématique.
- Un pas de sondage est défini dans chaque village/quartier de ville en rapportant la taille du village en population éligible à la taille de l'échantillon du village ou quartier de ville qui est dans ce cas égal à huit (8). Les informations sur les pas de sondage sont fournies aux enquêteurs.

Plus spécifiquement, l'échantillon est constitué des CSI suivants :

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon

CSI échantillonnés				Charge Ménage	Charge focus	Charge Santé	Charge COGES	Charge Gestionnaire	Charge ONG/PTF	Total formulaire	
Axe 1											
Guidan Roundji	CHADAKORI	EL KOLTA	KARAZOME	24	24	2	2	2	2	56	
	DAN TOURKE	G/ROUMDJI	N'WALA	24	24	2	2	2	2	56	
	DARGUE	HALBAOUA	TIADI	24	24	2	2	2	2	56	
	Tibiri			8	8	0	0	0	0	16	
Dakoro	ALFORMA	INTOUILA	SABON MACHI	24	24	2	2	2	2	56	
	BIRNI LALLE	ISKITA	ALI GARI	24	24	1	1	1	1	52	
	BADER GOULA	KORNAKA	DAN MALAM TANOUE	24	24	1	1	1	1	52	
	GUIDAN MAYAKI	MAIYARA		16	16	1	1	1	1	36	
Madarounfa	N'Yelwa	Tokarawa	Kandamaou	24	24	2	2	2	2	56	
	Guidan Basso	Safo	Keguel	24	24	2	2	2	2	56	
	Elkokiya	Madarounfa	Soumarana	24	24	1	1	1	1	52	
	Tchizo Kourégué	Tchidafawa	Mai-Gamji	24	24	0	0	0	0	48	
		Dama		8	8	1	1	1	1	20	
Bermo	AKADANE			8	8	0	0	0	0	16	
	BERMO			8	8	1	1	1	1	20	
	WURSENA			8	8	0	0	0	0	16	
Axe 2											
Tessaoua	Romaza	Guindawa	Kafin Gatari	24	24	2	2	2	2	56	
	Korgom	Agama	Gararé	24	24	1	1	1	1	52	
	H,Dawaki	Toki	Kirin	24	24	1	1	1	1	52	

CSI échantillonnés					Charge Ménage	Charge focus	Charge Santé	Charge COGES	Charge Gestionnaire	Charge ONG/PTF	Total formulaire
Aguié	Aguié				8	8	1	1	1	1	20
	Dan Bouzou				8	8	0	0	0	0	16
	Maiguizaoua				8	8	0	0	0	0	16
Mayahi	Amani Aréwa	Allassan Maireyeye	Koren Habjia	Zongon Oumara	32	32	1	1	1	1	68
	Baja Kouykouyo	Zaroumey	Maché Jambowchi	Guidan Gagéré	32	32	2	2	2	2	72
	Dan Mallam Mairak	Issawane	Dan Mairo	N'Yelwa	32	32	3	3	3	3	76
	SAIDOU GOULA	Kalgo	Mekesso	Guidan Amoumoune	32	32	2	2	2	2	72
Maradi	17 Portes				8	8	1	1	1	1	20
	Ali Saibou				8	8	1	1	1	1	20
	Andoumé				8	8	0	0	0	0	16
	Zaria II				8	8	0	0	0	0	16
Gazaoua	Aïkawa				8	8	1	1	1	1	20
	Mallam Daweye				8	8	1	1	1	1	20
	Madobi				8	8	0	0	0	0	16
	Makada				8	8	0	0	0	0	16
TOTAL				584	584	35	35	35	35	35	1 308

Source : Données de l'étude, 2022

NB :

- Les enquêtes ménages ont été faites dans tous les villages abritant les CSI présents dans cet échantillon.
- Les questionnaires agents de santé, Focus group villageois et COGES ont été administrés dans les CSI qui sont en couleur rouge dans l'échantillon.

- *Traitement et l'analyse des données*

Une fois les données collectées et compilées, elles ont été traitées et analysées de manière à dégager des résultats permettant de répondre aux questions évaluatives. Les outils de traitement de données mis à contribution à cet effet sont les logiciels Stata et Excel.

3.2.4. Devis de l'évaluation

Le devis de l'évaluation se réfère au protocole, approche ou stratégie adoptée pour mesurer et apprécier conformément aux questions évaluatives, les résultats de la mise en œuvre de la mesure de gratuité. Il s'agit d'un cadre analytique élaboré pour mesurer les résultats susceptibles d'être attribués à la mesure. Pour ce faire, un modèle d'évaluation a été adopté par critère d'évaluation.

- *Modèle d'évaluation de la pertinence et de la cohérence du projet*

L'évaluation de la pertinence et de la cohérence permet d'apprécier la réforme dans ses intentions, objectifs, fonctionnement et les postulats sur lesquels est fondée sa mise en œuvre. Le modèle d'évaluation a consisté en l'analyse de la théorie de changement de la mesure.

- *Modèle d'évaluation de l'efficacité et des effets induits*

L'appréciation de l'efficacité de la réforme a permis de faire un point cohérent et structuré de tous les résultats obtenus de sa mise en œuvre et d'identifier les effets enregistrés du point de vue de l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants de 0 à 5 ans.

La réforme étant appliquée à toutes ces cibles de façon systématique, le modèle d'évaluation qui a été adopté est le modèle implicite, car il n'y a pas un groupe de référence différent de celui des bénéficiaires.

Ce modèle est choisi parce qu'il procède à une estimation directe de la différence entre la situation avec la réforme et celle sans la réforme. Il présente des limites réelles mais constitue le seul modèle utilisable dans le contexte de cette mesure de gratuité. Le groupe expérimental est constitué des acteurs bénéficiaires de la mesure qui reporte eux-mêmes les transformations constatées du fait de la mesure de gratuité. Cette analyse est complétée par une méta analyse des annuaires statistiques, notamment en ce qui concerne l'évolution des indicateurs en lien avec la mesure de gratuité.

- *Modèle de mesure de la durabilité*

Pour rendre compte de la pérennité des acquis obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du paquet de gratuités, il a été procédé à l'analyse de la durabilité. Cette analyse a consisté à identifier les effets positifs de la mesure et à apprécier au regard des questions évaluatives de durabilité, les facteurs du système de santé affecté par la mesure de gratuité.

3.2.5. Stratégie d'évaluation

Le devis d'évaluation, les méthodes de collecte et d'analyse des données en lien avec les questions d'évaluation traduisent globalement la stratégie d'évaluation dont la synthèse est présentée à travers la matrice d'évaluation (**voir annexe 1**). Elle donne une vue synoptique de la planification technique et opérationnelle de l'évaluation.

3.2.6. Élaboration du rapport d'évaluation

L'élaboration du rapport provisoire s'est déroulée du 24 au 26 novembre 2022 au cours d'un atelier dédié à cet effet. L'atelier a donné lieu au traitement et à l'analyse des données primaires issues des enquêtes ménages et des entretiens ainsi que les données secondaires issues de l'exploitation des annuaires statistiques. Ceci a conduit à la proposition de réponses aux questions évaluatives et à l'élaboration du rapport de l'évaluation. Le rapport a été monté et finalisé par l'équipe de consultants facilitateurs.

3.2.7. Limites de l'étude

Les choix méthodologiques utilisés dans le cadre de cette mission d'évaluation présentent quelques limites qu'il importe de relever. L'analyse des effets induits tels que présentée pourrait faire présupposer une analyse de causalité. Or il s'agit fondamentalement d'une analyse de contribution, la mesure de gratuité ne pouvant pas s'attribuer entièrement les changements observés au niveau des indicateurs de santé.

La nature des données secondaires issues de l'exploitation des annuaires statistiques, notamment leur mode de calcul ainsi que le nombre de données manquantes ne permettent pas de faire une analyse adéquate de tendance sur la période de mise en œuvre de la réforme. Cela a édulcoré quelque peu le potentiel informationnel des données secondaires.

4. RESULTATS DE L'EVALUATION

4.1. De la pertinence et de la cohérence de la mesure

i. Analyse de pertinence

La pertinence de la mesure de la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de 0 à 5 ans est appréciée par rapport à l'adéquation de la mesure aux besoins des populations cibles.

Une question préalable à cette investigation est de savoir si la réforme est connue de la population.

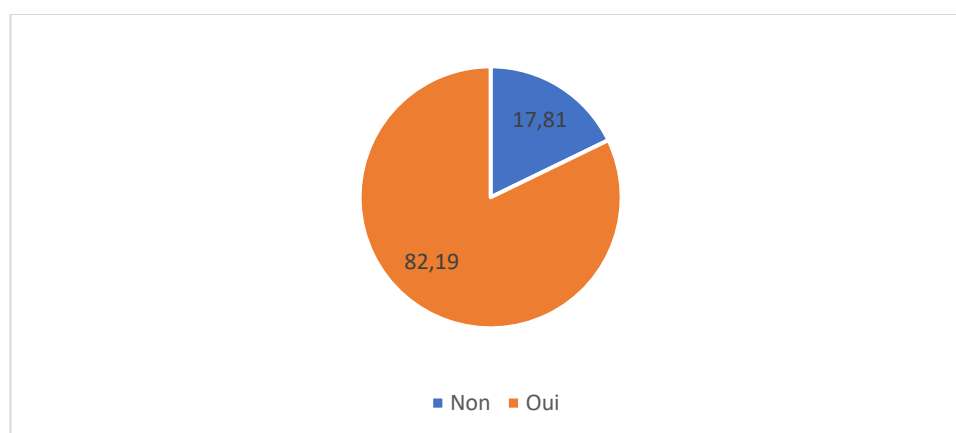
- **De la connaissance de la population de l'existence de la réforme**

Les résultats de l'analyse des données collectées montrent que la totalité de la population enquêtée est au courant de la mesure de la gratuité des soins. Pour la partie prenantes COGES, toutes les localités concernées ont déclaré avoir eu connaissance de la réforme sur la gratuite de soins. Quant aux ménages rencontrés, 97,24% ont déclaré avoir eu connaissance du paquet de gratuité de soins dans les formations sanitaires.

- **De l'adéquation de la mesure de gratuité avec les besoins de santé de la population**

En matière d'adéquation du paquet de la gratuité des soins avec les besoins réels de la population, les données révèlent que 82,19% de la population enquêtée affirme que le paquet de la gratuité des soins répond à leurs besoins réels contre 17,81% qui prétendent le contraire.

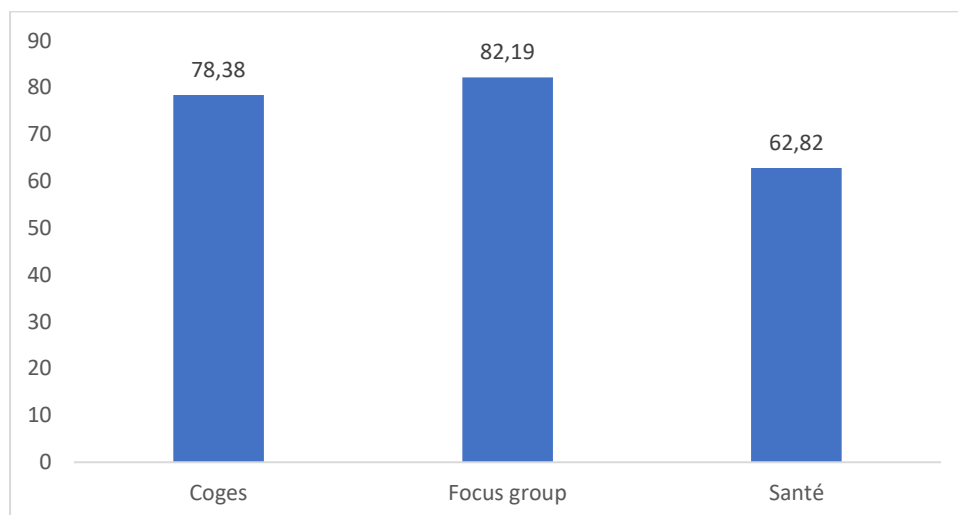
Figure 1: Répartition de la population enquêtée selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de gratuité avec les besoins.



Source : Données de l'étude, 2022

Si on s'intéresse aux groupes d'acteurs, les avis sont partagés comme on peut le constater sur la figure ci-dessous :

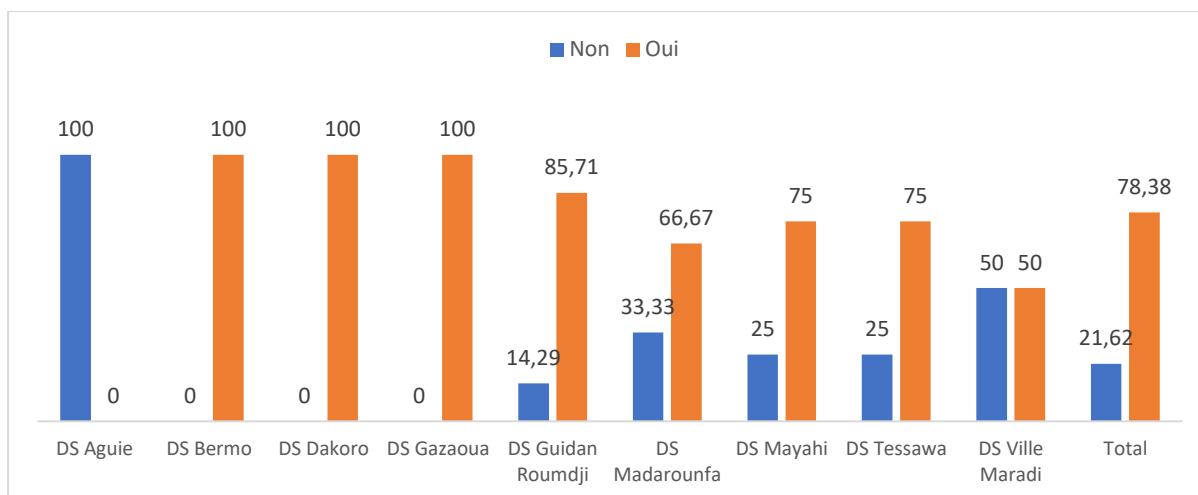
Figure 2 : Répartition de la population enquêtée par groupe d'acteurs selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de la gratuité avec les besoins des populations



Source : Données de l'étude, 2022

Au niveau COGES, 78,38% de ces acteurs reconnaissent l'adéquation des paquets de la gratuité avec les besoins réels de la population. Toutefois, il convient de souligner des disparités entre les districts de la région de Maradi. En effet, AGUIE affirme une inadéquation totale entre l'offre de la gratuité et les besoins réels de la population. C'est également le cas au niveau de la ville de Maradi avec une proportion d'inadéquation de 50%. Quant à Madarounfa, Mayayi et Tessaoua, ils représentent respectivement de 33,33%, 25% et 25% qui pensent à une inadéquation.

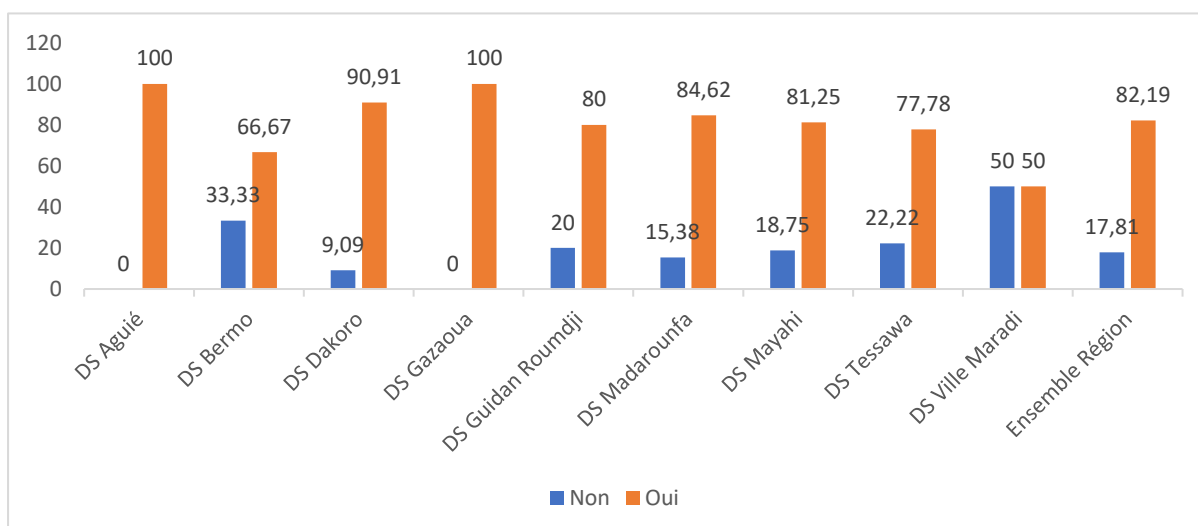
Figure 3 : Répartition des COGES par District selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de la gratuité avec les besoins des populations



Source : Données de l'étude, 2022

Au niveau des communautés, 82,19% ont répondu que les paquets de gratuité de soins sont adaptés à la demande de la population en matière de santé. Si on s'intéresse aux districts, on remarque plus de 70% des acteurs affirment que le paquet de gratuité est adapté aux besoins des populations, exception faite sur la ville de Maradi (50%) et Bermo (66,67%).

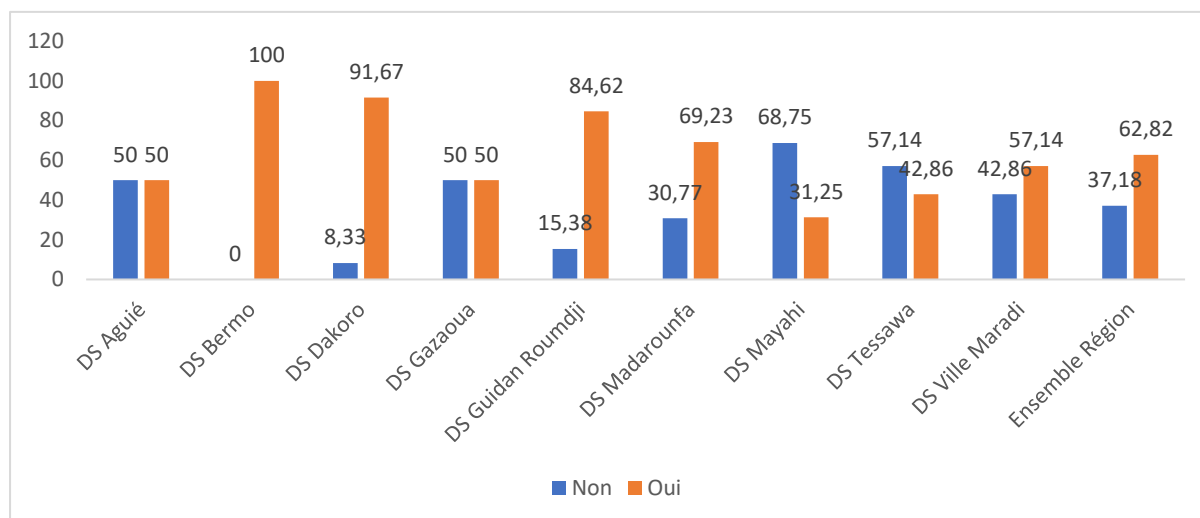
Figure 4 : Répartition des communautés par District selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de la gratuité avec les besoins des populations



Source : Données de l'étude, 2022

Quant aux agents de santé, ils sont 62,82% qui pensent que les paquets de gratuité de soins répondent parfaitement aux besoins de la population. Les avis sont partagés au niveau des districts. Ils varient de 100% des acteurs qui affirment l'adéquation, à Bermo à 31,25% à Mayahi.

Figure 5 : Répartition des agents de santé par District selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de la gratuité avec les besoins des populations



Source : Données de l'étude, 2022

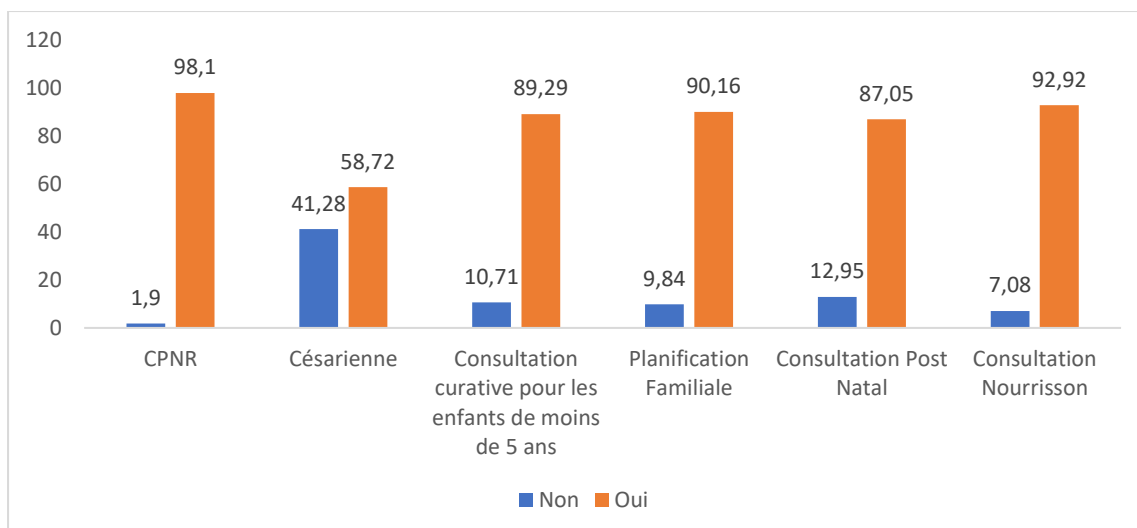
Par ailleurs, si on s'intéresse à la nature de la prestation ou du service de gratuité, de la perspective des ménages, il ressort ce qui suit :

- Pour la CPNR, 98,1% ont affirmé que l'offre est adaptée à leurs besoins.
- Quant à la gratuite de la césarienne, 41,28% des ménages ont déclaré que ce paquet ne répond pas à leurs attentes.
- S'agissant de la consultation curative pour les enfants de moins de 5 ans, 89,29% des ménages ont affirmé que les attentes sont satisfaites.

En ce qui concerne la gratuite en matière de planification familiale, 90,16% des ménages ont déclaré que leurs besoins sont satisfaits par l'offre de service.

Enfin, pour la consultation postnatale et la consultation de nourrissons, les ménages ont donné leurs niveaux de satisfaction qui sont respectivement de 87,05% et 92,92%.

Figure 3: Le degré d'adaptabilité des paquets de gratuité de soins par rapports aux attentes des ménages enquêtés



Source : Données de l'étude, 2022

ii. Analyse de cohérence de la mesure

L'analyse de la cohérence de la mesure de la gratuité des soins pour les femmes en âge de procréer et les enfants de 0 à 5 ans s'appuie sur les questions évaluatives contenues dans la matrice d'évaluation d'une part et sur l'arrimage avec les stratégies sectorielles de la santé (Plan de Développement sanitaire, Politique Sanitaire) et le Plan de Développement Économique et social, d'autre part.

Le procédé de l'évaluation de la cohérence de la gratuité est de deux types d'analyses : l'analyse de la cohérence externe et l'analyse de la cohérence interne qui ont permis de mettre respectivement en exergue la mesure dans laquelle la gratuité répond aux priorités nationales en matière de santé et la manière dont ses éléments techniques de mise en œuvre sont articulés pour l'atteinte des objectifs fixés.

- **Cohérence externe**

Au plan international, la mesure de la gratuité s'aligne avec les engagements internationaux notamment l'ODD 3 de l'agenda 2030 des Nations Unies, l'objectif 3 de l'agenda 2063 de l'Union Africaine et le Pilier 1 de la vision 2020 de la CEDEAO, etc.

Au niveau national, tous les documents stratégiques multisectoriels ont toujours mis la réforme sur la gratuite au centre des priorités. Il ressort un alignement parfait entre la réforme et la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP-SDRP) ainsi que la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) Niger 2035, laquelle est mise en œuvre à travers des Plans quinquennaux de développement Economique et Social (PDES) dont la première déclinaison est le PDES 2017-2021. A ce titre, l'axe stratégique 2 du PDES 2017-2021 est consacré au développement du capital humain et transition démographique. Aussi, le PDES 2022-2026 consacre son premier axe au « Développement du capital humain,

inclusion sociale et solidarité » à travers lequel la mesure de la gratuité des soins est prise en compte dans le programme 2 « Amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel de la population et des déterminants démographiques ». De même, la mesure de la gratuité des soins est contenue dans les différents PDS (2011-2015, 2017-2022) et est prise en compte dans les Plans de Développement Régionaux (PDR) et les Plans de Développement Communaux (PDC).

- **Cohérence interne**

Dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre de la gratuité des soins, un manuel de la gestion de la réforme a été élaboré en 2007. Plusieurs textes notamment des décrets et arrêtés ont été pris pour renforcer le cadre juridique. Ces textes comprennent notamment : (i) le décret 2005-316/PR/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de Santé Publique, (ii) le décret n°2007-261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements de Santé Publique, (iii) l'arrêté n°0015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du Décret de la césarienne. De même, les canaux de financement de la réforme ont été identifiés notamment une ligne budgétaire « gratuité » et les apports des partenaires techniques et financiers (AFD, UNFPA, UNICEF, Fonds Mondial et des ONG).

Par ailleurs, un mécanisme de coordination et de suivi-évaluation a été mis en place avec un ancrage institutionnel au niveau du Ministère de Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. Ce dernier comprend les premiers responsables des structures de santé à tous les niveaux. Des évaluations externes sont prévues tous les trois (03) ans afin d'apprécier les effets de cette mesure.

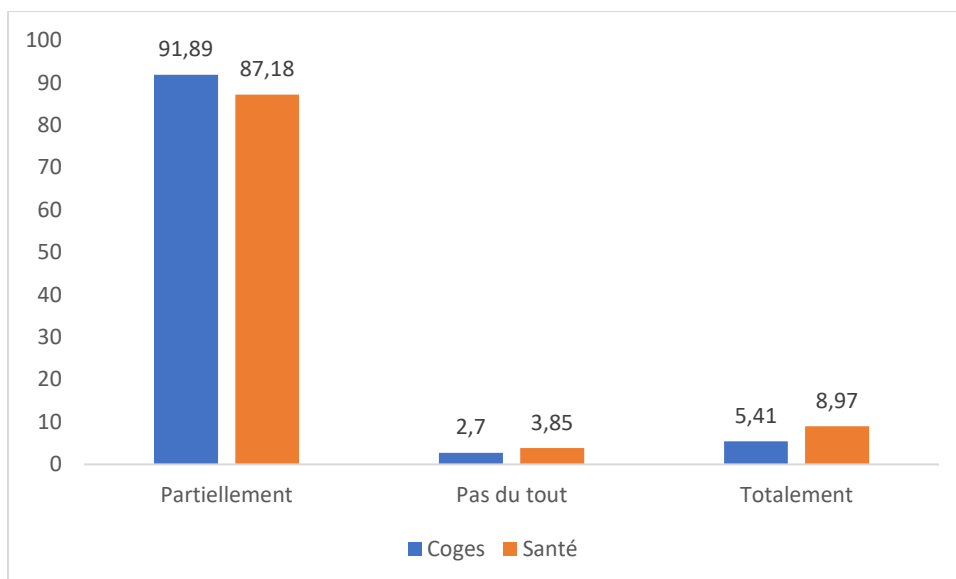
- **Cohérence des ressources avec les actions envisagées par la mesure**

- *Adéquation entre ressources allouées à la réforme de gratuité et les prestations offertes**

La majorité des acteurs (COGES et agents de santé) interviewés ont déclaré que l'adéquation entre les ressources allouées à la gratuité de soins et les prestations offertes est partielle.

Ces proportions varient selon les acteurs : 91,89% pour les COGES et 87,18% pour les agents de santé. En revanche, un faible pourcentage de ces acteurs a affirmé une adéquation parfaite entre les ressources allouées et les prestations des services. Ces proportions sont de 5,41% pour les COGES et 8,97% pour les agents de santé.

Figure 4 : Adéquation entre les ressources allouées et la prestation

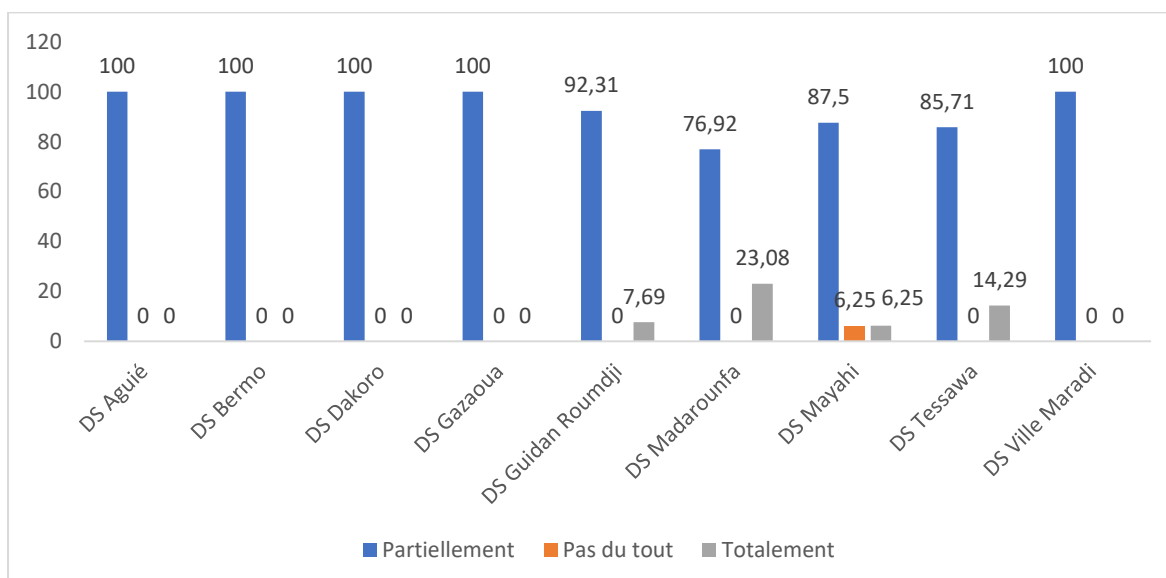


Source : Données de l'étude, 2022

*Adéquation entre les moyens et la demande de prestation

Dans l'ensemble, tous les agents de santé interviewés ont jugé l'adéquation entre les moyens et la demande de prestations de services partielle avec des proportions variant entre 76,92% à 100% entre les districts sanitaires. Toutefois, on remarque qu'au niveau de Madarounfa, Tessaoua et Guidan Roundji, l'appréciation de l'adéquation entre les moyens et la demande de prestation est jugée total avec respectivement 23,08%, 14,29% et 7,69%.

Figure 5 : Adéquation entre les moyens et la demande de prestation



Source : Données de l'étude, 2022

Encadré 1 : Analyse de la pertinence et de la cohérence

La mesure de gratuité est pertinente étant donné son rôle de facilitation de l'accès aux services de santé aux populations vulnérables. Ces dernières estiment globalement que son contenu répond à leurs besoins. Elle figure parmi les priorités nationales et se retrouve dans les principaux documents de politiques nationales, sectoriels et s'arrime également avec l'agenda 2063 de l'Union Africaine et l'agenda 2030 des Nations Unies. De par sa conception et son cadre de mise en œuvre, elle est censée améliorer les indicateurs liés à la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né. Toutefois, l'allocation des ressources et la mise à disposition des moyens (intrants de santé et médicaments) n'ont pas été à la hauteur de la demande des populations et de l'offre de service de santé envisagée. Aussi, l'état gagnerait à renforcer son mécanisme de coordination et de suivi-évaluation de cette gratuité.

4.2. De l'efficacité de la mesure de gratuité

Dans cette section, il est présenté quelques faits stylisés sur l'utilisation des services de la gratuité par la population, la dynamique d'évolution de certains indicateurs rendant compte de l'état de santé des populations de la région de Maradi et l'analyse par les parties prenantes de l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure de gratuité.

4.2.1. Utilisation des services de la gratuité dans la région de Maradi

3.2.2.1. La planification familiale

Cette analyse a été faite sur les cinq (5) dernières années. Ce choix est justifié par la disponibilité des données par District Sanitaire dans les annuaires de la statistique de la Direction de la Statistique (DS) du Ministère de la Santé Publique de la Population et de l'Action Sociale (MSP/P/AS).

Le tableau ci-dessous montre que le District Sanitaire de Dakoro a enregistré la plus faible proportion moyenne contre celui de Bermo qui enregistre la plus élevée. Ces proportions s'établissent respectivement à 24,67% et 60,54%. En outre, le District de Tessaoua enregistre le plus petit écart type (2,73%) contre celui de Bermo (60,8%). Ce qui explique que le district de Tessaoua a moins de disparité, des observations, que le District de Bermo. La Tendance à la hausse sur les 5 dernières années est observée dans les Districts de Aguié, Dakoro, Guidan Roudji, Madarounfa, Mayahi et Tessaoua. En revanche, la tendance à la baisse est observée

dans les Districts Sanitaires de Bermo, Gazaoua et ville de Maradi. Mais, globalement la tendance est à la hausse dans la région de Maradi.

Tableau 3: Récapitulatif du taux d'utilisation des PF par District sur le 5 dernières années

Districts	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Roumdji	Madarounfa	Maradi Ville	Mayahi	Tessaoua	Région
2017	35,2	19,87	16,93	37,27	29,89	27,68	29,97	32,48	42,81	30,16
2018	1,5	168,24	10,54	67,24	16,15	37,15	44,93	19,63	38,46	11,43
2019	36,66	34,21	27,65	39,51	36,19	25,71	28,28	35,91	45,03	34,14
2020	39,35	37,54	33,84	34,81	41,61	32,6	29,29	36,39	45,24	39,61
2021	45,34	42,87	34,41	37,31	53,02	37,77	25,87	34,38	42,72	37,33
Moyenne	31,61	60,546	24,674	43,228	35,372	32,182	31,668	31,758	42,852	39,61
Écart type	17,27	60,8	10,58	13,53	13,7	5,44	7,57	6,95	2,73	11,25
Minimum	1,5	19,87	10,54	34,81	16,15	25,71	25,87	19,63	38,46	11,43
Maximum	45,34	168,24	34,41	67,24	53,02	37,77	44,93	36,39	45,24	39,61
Tendance	Hausse	Baisse	Hausse	Baisse	Hausse	Hausse	Baisse	Hausse	Hausse	Hausse

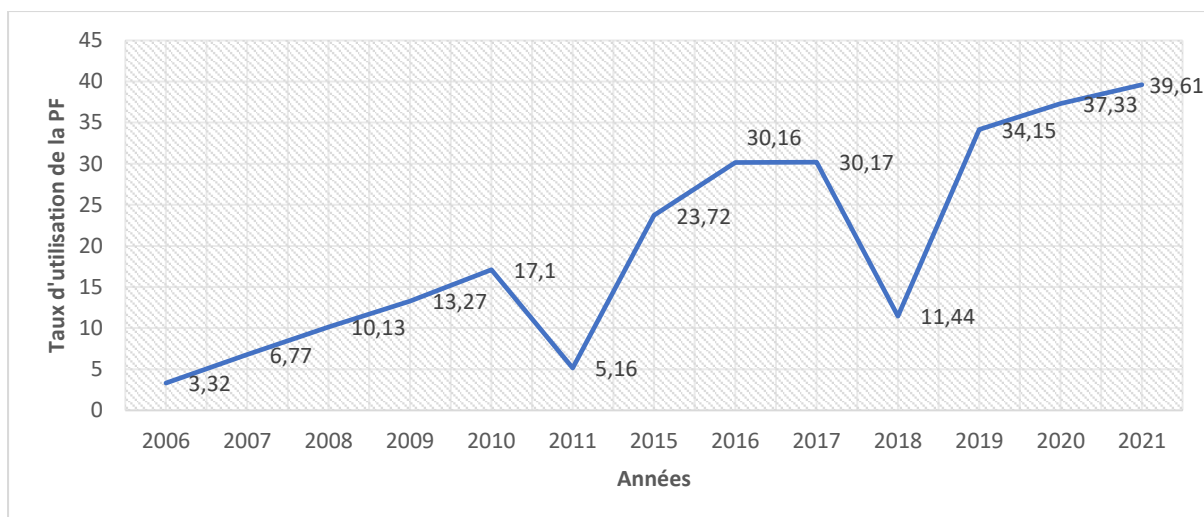
Source : Annales statistiques, DS

Le graphique suivant montre que le taux d'utilisation de la planification familiale a une tendance à la hausse de 2006 à 2021. Cependant, une évolution en dents de scie sur la même période est observée avec des chutes en 2011 à 2018.

Ces résultats s'expliquent par une prise de conscience généralisée de la population et aussi une acceptation massive de la politique de la planification familiale.

En plus, la disponibilité des intrants gratuits a joué un rôle important dans l'utilisation des produits contraceptifs. En outre, la stratégie de communication mise en place a apporté ses pierres à l'édifice dans l'acceptation du système et l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Enfin, nous pouvons affirmer que la politique de la planification familiale est une réussite dans la région de Maradi car elle enregistre une tendance globale à la hausse malgré quelques baisses observées sur certaines années.

Figure 6 : Taux d'utilisation global des PF de la région de Maradi



Source : *Annuaire statistiques, DS*

En termes de couple année protection, comme l'indique le tableau ci-dessous, le District Sanitaire de Dakoro a enregistré la plus faible proportion (10,9%) contre celui de Madarounfa qui enregistre la plus élevée (40,59%). Par ailleurs, le District d'Aguié enregistre le plus petit écart type (2,84%) contre celui de Guidan-roumdji enregistrant le plus grand écart type (14,87%). Ce qui explique que le district d'Aguié présente moins de disparité des observations que le District de Guidan-roumdji.

La tendance à la hausse sur les 5 dernières années est observée dans le District Sanitaire de la ville de Maradi. En outre, la tendance à la baisse est observée dans les Districts de Mayahi et Tessaoua.

Tableau 4 : Récapitulatif de pourcentage des couples année protection par District sur le 5 dernières années

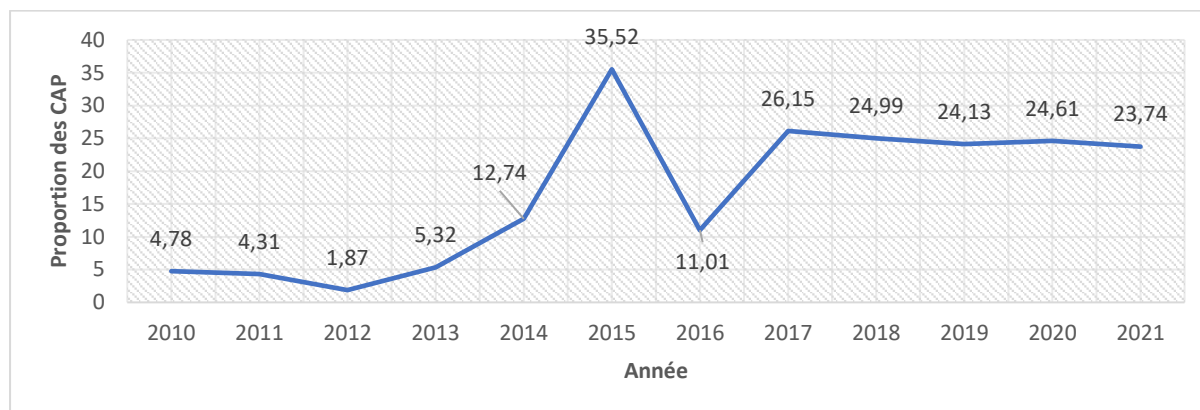
District/Région	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Roumdji	Madarounfa	Maradi Ville	Mayahi	Tessaoua	Région Maradi
2017	15,38	6,61	3,63	38,19	32,16	29,31	16,45	30,01	40,52	26,15
2018	20,22	24,19	18,01	22,05	15,83	34,05	21,05	24,71	39,94	24,99
2019	19,15	24,29	12,87	19,31	13,32	52,25	20,45	24,38	28,25	24,13
2020	13,98	24,51	10,76	22,85	20,17	47,58	30,46	27,11	24,93	24,61
2021	19,85	10,13	9,24	21,75	49,43	39,79	30,81	14,85	11,19	23,74
Moyenne	17,716	17,946	10,902	24,83	26,182	40,596	23,844	24,212	28,966	39,61
Écart type	2,84	8,83	5,25	7,58	14,87	9,43	6,45	5,7	12,11	0,93
Minimum	13,98	6,61	3,63	19,31	13,32	29,31	16,45	14,85	11,19	23,74
Maximum	20,22	24,51	18,01	38,19	49,43	52,25	30,81	30,01	40,52	26,15
Tendance	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse

Source : *Annuaire statistiques, DS*

La disponibilité des données nous a permis de considérer la série de 2010 à 2021 issue des annuaires statistiques de la DS du MSP/P/AS. Les résultats montrent que globalement la tendance des couples année protection est à la hausse de 2010 à 2021 malgré l'évolution en dents de scie de la courbe avec un pic en 2015 (35,52%) et une rupture en 2016 (11,01%).

Mais, l'amplitude de la variabilité est plus observée de 2010 à 2017. En revanche, l'évolution est plus stable de 2017 à 2021.

Figure 7: Pourcentage de couple année protection de la région de Maradi



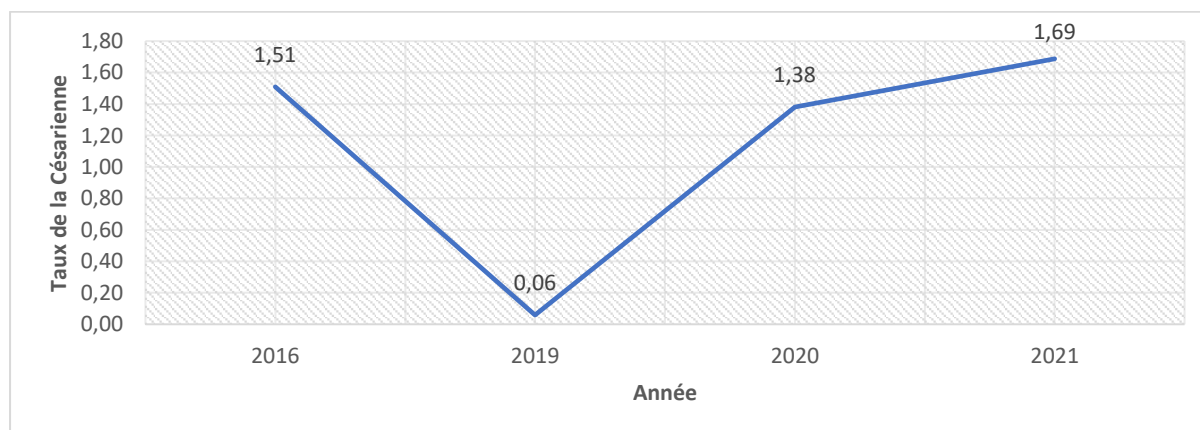
Source : *Annuaire statistiques, DS*

3.2.2.2. La césarienne

L'utilisation du service de la césarienne s'applique aux années 2016, 2019, 2020 et 2021 au regard des données disponibles dans les annuaires statistiques.

Le graphique ci-dessous montre qu'en 2019, le taux de la césarienne a baissé drastiquement comparé à l'année 2016 avant de se relever en 2020 et 2021. Cela qui s'expliquer par l'avènement de la pandémie de la COVID-19 qui a influencé négativement la fréquentation des CSI. Mais, on constate que malgré la non-effectivité de kit de césarienne, la gratuité a rehaussé la fréquentation des formations sanitaires qui permet de facto aux agents de santé d'identifier les besoins de la césarienne.

Figure 8: Taux de la césarienne de la région de Maradi



Source : *Annuaire statistiques, DS*

3.2.1.1. Les accouchements

Comme l'indique le tableau ci-dessous, le District Sanitaire de Bermo enregistre le taux moyen le plus faible (8,01%) des accouchements assistés par le personnel qualifié, contrairement à celui de la ville de Maradi enregistrant le taux le plus élevé (53,57%). L'écart type le plus élevé (11,2%) est celui de Tessaoua contre celui de Dakoro enregistrant l'écart type le plus faible (4,98%). Seul le district de Tessaoua a enregistré une tendance à la baisse sur l'augmentation du taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié. Mais, cette baisse n'explique pas la baisse de la prise en charge mais l'augmentation de l'assiette de couverture sanitaire dont l'évolution est disproportionnée.

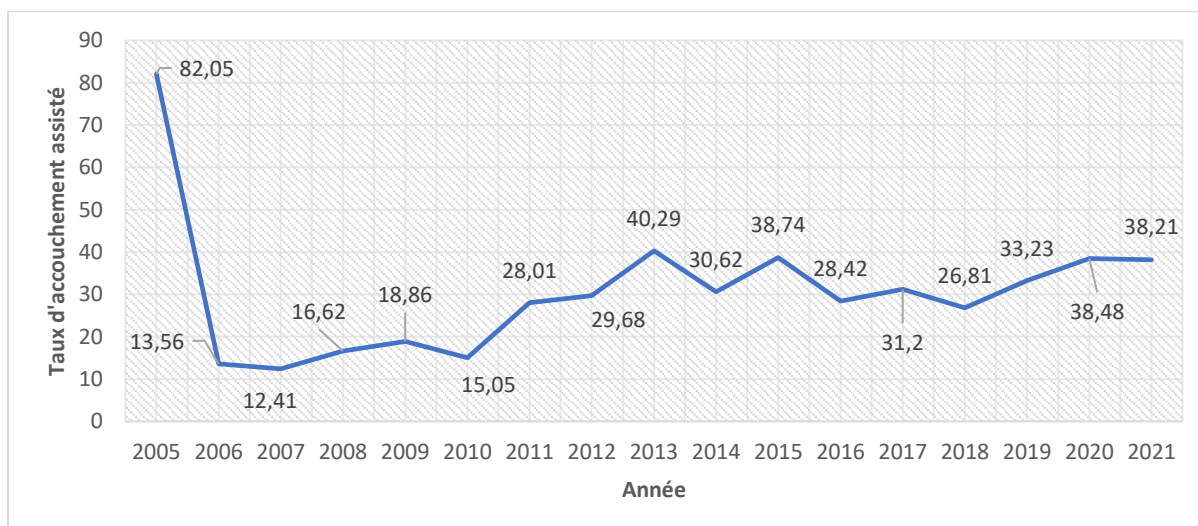
Tableau 5 : Taux d'accouchements assistés par personnel qualifié sur le 5 dernières années

District-Région	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Roumdji	Madarounfa	Maradi Ville	Mayahi	Tessaoua	Région Maradi
2017	32,42	10,22	19,77	25,28	17,4	23,87	35,8	24,91	59,7	31,2
2018	23,04	12,72	17,68	23,59	20,97	23,71	55,85	23,31	30,85	26,81
2019	38,09	10,84	23,6	30,13	27,98	33,81	52,52	30,03	34,26	33,23
2020	38,91	24,47	28,17	33,21	29,79	43,56	62,54	32,95	41,1	38,48
2021	39,57	31,81	28,94	35,75	33,61	46,02	61,16	31,29	43,74	38,21
Moyenne	34,406	18,012	23,632	29,592	25,95	34,194	53,574	28,498	41,93	39,61
Écart type	6,96	9,65	4,98	5,15	6,62	10,54	10,73	4,18	11,2	4,93
Minimum	23,04	10,22	17,68	23,59	17,4	23,71	35,8	23,31	30,85	26,81
Maximum	39,57	31,81	28,94	35,75	33,61	46,02	62,54	32,95	59,7	38,48
Tendance	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Baisse	Hausse

Source : *Annuaire statistiques, DS*

Le taux d'accouchement assisté par le personnel qualifié a chuté de 2005 à 2006. Mais, depuis 2006 avec la mise en œuvre de la gratuité de soins de l'accouchement assisté par le personnel de qualité a augmenté. Ce qui montre l'apport incontestable de la gratuité de soins dans l'augmentation des accouchements assistés par le personnel qualifié.

Figure 9 : Taux d'accouchements assistés par personne qualifié



Source : *Annuaire statistiques, DS*

3.2.1.2. Les services au profit des enfants de 0 à 5 ans

Le tableau 6 présente l'évolution du taux de couverture des consultations des nourrissons sur la période 2017-2021. Il fait ressortir ce qui suit : Le District Sanitaire de Bermo enregistre la moyenne la plus faible (100,448%) contre le District Sanitaire d'Aguié enregistrant une moyenne de (53,37%). Pour l'ensemble de la région à l'exception du district d'Aguié où la tendance est constante seuls les Districts de Guidan Roudji et Madarounfa ont enregistré les tendances à la baisse sur les consultations des nourrissons.

Tableau 6 : Taux de couverture des consultations des nourrissons sur les 5 dernières années

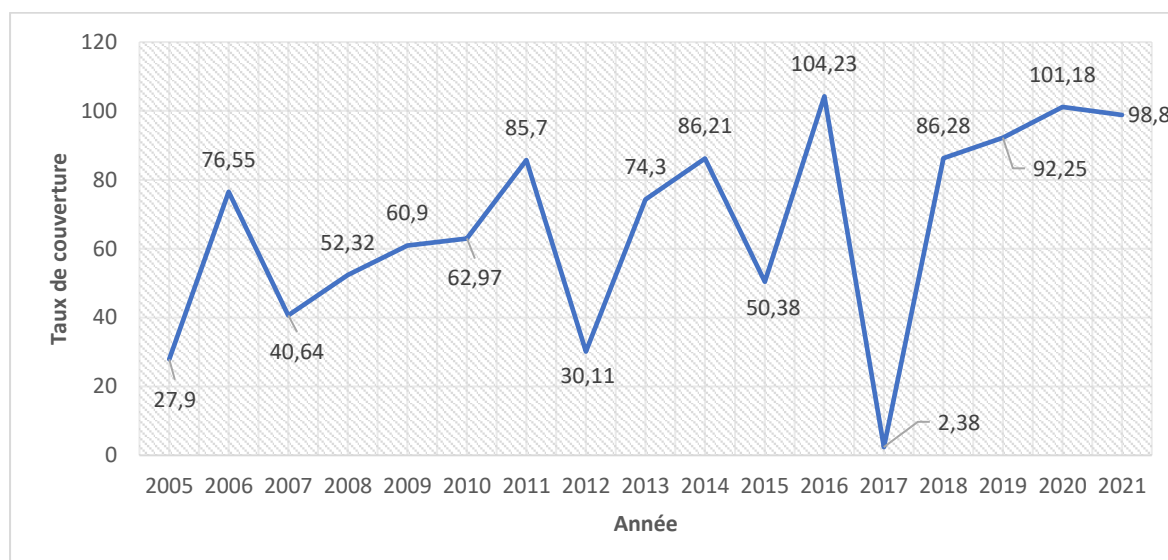
DISTRICTS / RÉGIONS	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Roudji	Madarounfa	Maradi Ville	Mayahi	Tessaoua	Région Maradi
2017	93,97	13,96	27,86	12,82	22,21	16,15	4,38	3,05	5,54	2,38
2018	102,51	76,71	87,42	124,39	62,43	74,87	83,44	86,44	101,73	86,28
2019	109,39	54,2	83,62	107,17	85,67	76,61	82,93	90,76	120,53	92,25
2020	103,14	64,65	87	116,29	99,11	87,99	92,38	110,8	124,3	101,18
2021	93,4	57,33	97,61	115,48	94,39	89,73	88,91	98,97	119,16	98,8
Moyenne	100,482	53,37	76,702	95,23	72,762	69,07	70,408	78,004	94,252	39,61
Écart type	6,77	23,67	27,8	46,47	31,59	30,31	37,12	42,92	50,35	41,66
Minimum	93,4	13,96	27,86	12,82	22,21	16,15	4,38	3,05	5,54	2,38
Maximum	109,39	76,71	97,61	124,39	99,11	89,73	92,38	110,8	124,3	101,18
Tendance	Constante	Hausse	Hausse	Hausse	Baisse	Baisse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Source : *Annuaire statistiques, DS*

Comme l'indique la figure ci-dessous à l'échelle de la région, il est noté un pic des consultations des nourrissons en 2006 comparé aux années antérieures. Ce pic s'explique par la mise en œuvre du dispositif de la gratuité de soins en cette année. Mais, il est observé une baisse en 2007, suivi d'une augmentation du taux de consultation progressif de 2007 à 2011 et une chute en 2012 et 2017. La tendance globale de taux des consultations des nourrissons

est à la hausse de 2006 à 2021. Ce qui explique l'apport de la gratuité de soins sur la consultation des nourrissons. Cette gratuité a augmenté la fréquentation des femmes dans les formations sanitaires.

Figure 10: Taux de couverture des consultations des nourrissons



Source : Annuaire statistiques, DS

L'utilisation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans dans les différents Districts de la région de Maradi est présentée dans le tableau ci-dessous.

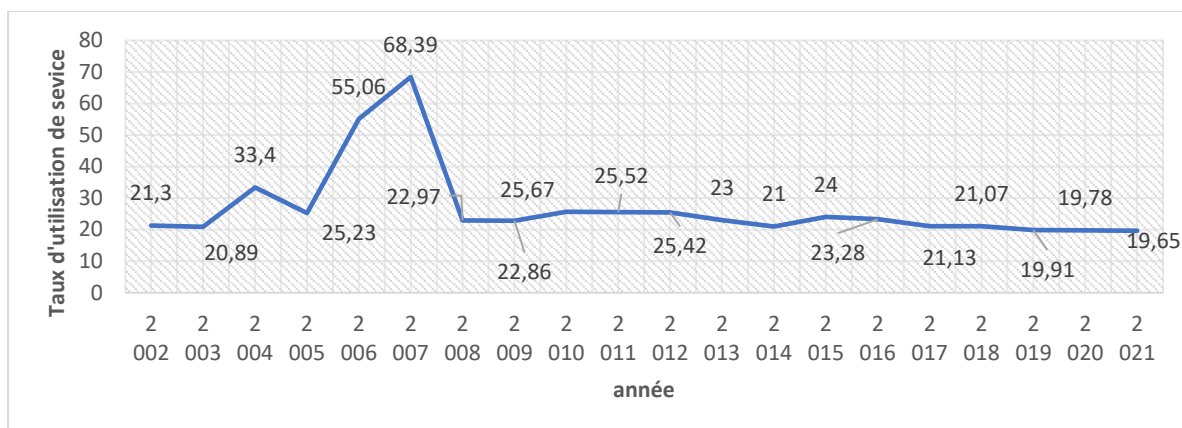
Il faut noter que toutes les caractéristiques de tendance centrale et de dispersion sont quasi identiques (moyenne (20,314%), écart type (0,73%, Maximum (21,14) et Minimum (19,66) pour l'ensemble des Districts de la région de Maradi. La tendance globale de la Région de Maradi en utilisation de service de santé des enfants de moins de 5 ans sur les 5 dernières années a augmenté. Mais, cette baisse n'est pas dû à la fréquentation des usagers mais elle liée à l'augmentation de l'assiette des demandeurs du service.

Tableau 7: Taux d'utilisation des services (0-5ans)

Districts/Régions	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Roumdji	Madarounfa	Maradi Ville	Mayahi	Tessaoua	Région Maradi
2021	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66
2020	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78
2019	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91
2018	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08
2017	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14
Moyenne	20,314	20,314	20,314	20,314	20,314	20,314	20,31	20,31	20,31	20,31
Écart type	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73
Minimum	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66
Maximum	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14	21,14
Tendance	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Source : Annuaire statistiques, DS

Figure 11: Taux d'utilisation des services (0-5ans)



Source : *Annuaire statistiques, DS*

Le graphique ci-dessus montre que le taux de couverture sanitaire des enfants de moins de 5 ans a connu une baisse de 2002 à 2005. Mais depuis la mise en œuvre de la gratuité de soins en 2006, l'utilisation de service des enfants de cette tranche d'âge a eu une hausse significative. Mais, on assiste à une baisse de ce taux en 2008. Cependant, de 2008 à 2021 on constate une quasi-constance du taux d'utilisation des services des enfants de moins de 5 ans.

3.2.1.3. Situation globale de l'utilisation des services

L'utilisation de service de santé sur les cinq dernières années dans la région de Maradi est en augmentation significative. En s'intéressant aux situations des Districts Sanitaires, on note que le District Sanitaire de Dakoro a enregistré la moyenne (36,7%) la plus basse de la région par rapport au District de la ville de Maradi qui a enregistré la moyenne la plus élevée (99,91%) avec un écart type le plus faible de 0,2%. Une tendance à la hausse est observée sur les cinq (05) dernières années dans tous les Districts Sanitaires sauf pour celui de la ville de Maradi où la tendance est constante.

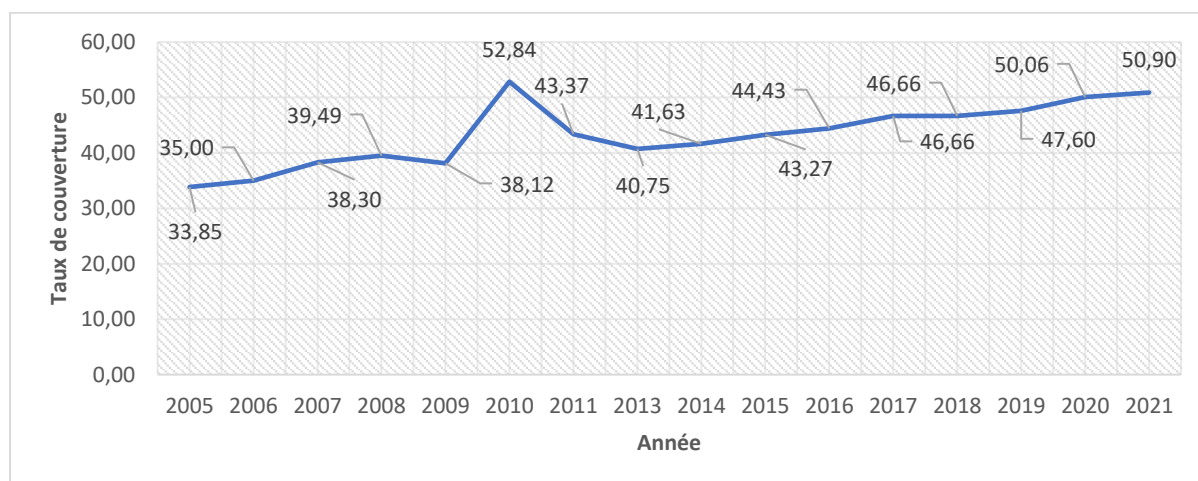
Tableau 8: Taux global d'utilisation des services

District / Région	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Rounjdji	Madarounfa	Maradi Ville	Tessaoua	Région Maradi
2017	48,54	28,74	35,73	50,16	36,98	54,51	100	46,99	46,66
2018	48,54	28,74	35,73	50,16	36,98	54,51	100	46,99	46,66
2019	51,23	28,61	35,58	53,35	36,82	56,6	99,56	46,79	47,60
2020	51,46	57,07	37,36	55,06	38,37	61,8	100	47,3	50,06
2021	51,47	57,07	37,47	55,06	38,5	61,79	100	48,02	50,90
Moyenne	50,24	40,04	36,37	52,75	37,53	57,84	99,91	47,22	48,38
Écart type	1,56	15,54	0,95	2,47	0,83	3,71	0,2	0,48	1,98
Minimum	48,54	28,61	35,58	50,16	36,82	54,51	99,56	46,79	46,66
Maximum	51,47	57,07	37,47	55,06	38,5	61,8	100	48,02	50,90
Tendance	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Constante	Hausse	Hausse

Source : *Annuaire statistiques, DS*

L'analyse de l'utilisation des services de santé depuis l'introduction de la mesure de gratuité montre une évolution progressive sur toute la période 2005- 2021 ; excepté une légère baisse constatée en 2011.

Figure 12: Taux global d'utilisation des services de santé



Source : *Annuaire statistiques, DS*

3.2.3. Évolution de quelques indicateurs de santé

3.2.3.1. Taux de décès à la naissance

Le décès à la naissance est vécu diversement dans tous les districts de la Région de Maradi. La plus grande moyenne et écart type sont observés au niveau du Centre de Santé Mère et Enfant (CSME). Par contre, le district de Bermo enregistre les taux les plus faibles de la région. Ces résultats de CSME sont dus du fait que cette formation sanitaire accueille les cas compliqués référés par les CSI. La majorité des cas référés sont dans une situation critique. Ce qui explique le taux élevé de la mortalité des nourrissons observé au niveau de CSME. Les résultats montrent aussi une tendance à la hausse sur les cinq dernières années au niveau des CSME, des Districts Sanitaires de Bermo, Madarounfa et ville de Maradi contrairement aux Districts Sanitaires de Aguié, Gazaoua et Guidan Roudji qui enregistrent une tendance à la baisse de la mortalité des nourrissons à la naissance. Ceci peut s'expliquer par les ruptures parfois des médicaments observés au niveau de ces formations sanitaires rendant non effective la prise en charge des malades issus des familles vulnérables.

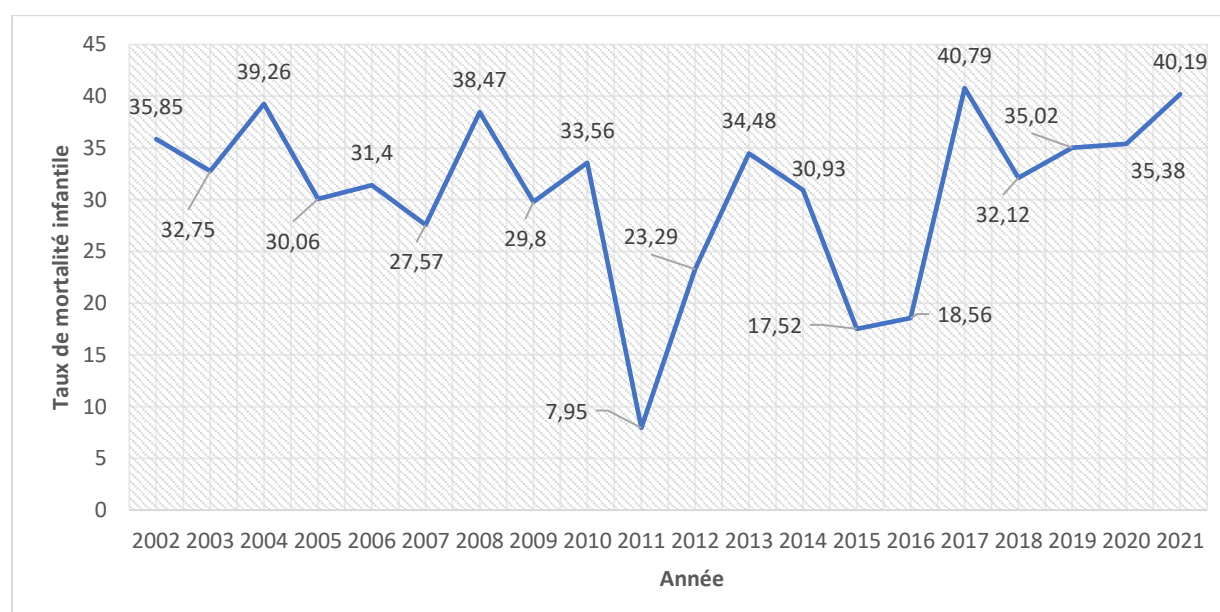
Tableau 9 : Taux de décès à la naissance sur les cinq dernières années (‰)

District- Région	CSME					Guidan		Maradi			
	Maradi	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Roumdji	Madarounfa	Ville	Mayahi	Tessaoua	Maradi
2017	160,48	53,31	14,18	21,52	26,64	48,16	29,91	20,81	30,74	35,34	40,79
2018	111,25	36,37	3,25	21,36	27,57	30,03	36,38	23,11	37,32	25,34	32,12
2019	105,94	35,82	7,86	26,71	28,85	37,92	25,76	25,96	28,82	36,42	35,02
2020	114,71	56,46	34,48	29,53	23,39	38,65	29,93	19,9	30,89	31,04	35,38
2021	170,42	39,9	22,06	52,81	32,74	34,02	32,67	24,36	30,51	32,55	40,19
Moyenne	132,56	44,372	16,366	30,386	27,838	37,756	30,93	22,828	31,656	39,61	39,61
Écart type	30,39	9,79	12,35	13,01	3,4	6,76	3,92	2,49	3,27	4,36	3,69
Minimum	105,94	35,82	3,25	21,36	23,39	30,03	25,76	19,9	28,82	25,34	32,12
Maximum	170,42	56,46	34,48	52,81	32,74	48,16	36,38	25,96	37,32	36,42	40,79
Tendance	Hausse	Baisse	Hausse	Hausse	Baisse	Baisse	Hausse	Hausse	Baisse	Constant	Hausse

Source : Annuaires statistiques, DS

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du taux de décès à la naissance depuis 2002. Il ressort globalement que la mortalité à la naissance a baissé de 2002 à 2004. Une augmentation est observée en 2005. Mais, avec la mise en œuvre de la gratuité de soins en 2006 nous avons assisté à une baisse progressive du décès des nourrissons à la naissance jusqu'en 2008. En revanche, de 2008 à 2021, les résultats montrent une évolution en dents de scie du taux de mortalité des nourrissons à la naissance. Ceci peut être expliqué par la rupture des médicaments constaté dans les Districts qui affaiblissent l'effectivité de la gratuité de soins. Ces ruptures sont dues dans la majorité des cas par le non-remboursement des frais engendrés par la gratuité qui ont conduits au surendettement des formations sanitaires.

Figure 13 : Taux de décès à la naissance (‰)



Source : Annuaires statistiques, DS

3.2.3.2. Taux de mortalité maternelle

L'analyse du taux de mortalité maternelle sur les cinq (05) dernières années montre que cet indicateur est en hausse au niveau de la Région de Maradi. Le District Sanitaire de la ville de Maradi enregistre le taux moyen de la mortalité maternelle le plus faible comparativement à celui de Mayahi qui enregistre le taux le plus élevé. La disparité des taux de décès maternels est beaucoup plus observée dans le District Sanitaire de Dakoro

Tableau 10 : Taux de mortalité maternelle (‰)

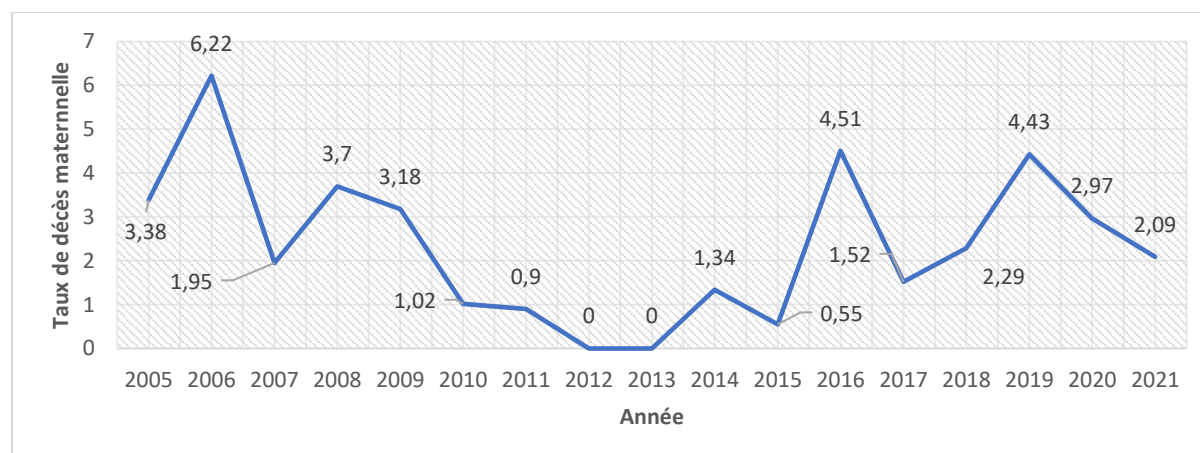
District- Région	Aguié	Bermo	Dakoro	Gazaoua	Guidan Roundji	Madarounfa	Maradi Ville	Mayahi	Tessaoua	Région Maradi
2017	0,21	3,05	0	1,11	3,47	0,38	0,12	3,02	1,01	1,52
2018	4,02	0	0,15	2,15	2,23	2,45	0,33	4,77	3,69	2,29
2019	5,29	0	7,93	0,9	1,69	1,44	0,1	2,79	4,95	4,43
2020	1,92	1,11	3,27	0,53	2	1,37	0,17	3,24	2,4	2,97
2021	2,96	0	2,94	3,11	1,64	1,73	0,08	3,39	2,07	2,09
Moyenne	2,88	0,832	2,858	1,56	2,206	1,474	0,16	3,442	2,824	39,61
Ecart type	1,95	1,33	3,22	1,05	0,75	0,75	0,1	0,78	1,53	1,12
Minimum	0,21	0	0	0,53	1,64	0,38	0,08	2,79	1,01	1,52
Maximum	5,29	3,05	7,93	3,11	3,47	2,45	0,33	4,77	4,95	4,43
Tendance	Hausse	Baisse	Hausse	Hausse	Baisse	Hausse	Baisse	Baisse	Hausse	Hausse

Source : Annales statistiques, DS

L'analyse de cet indicateur sur la période 2005-2021 révèle que le taux de mortalité maternelle était élevé en 2006, l'année de la mise en œuvre de la gratuité de soins.

A la faveur de la réforme, il est observé une baisse drastique de ce taux en 2007. Toutefois, malgré quelques augmentations observées de 2006 à 2021, le taux de mortalité maternelle reste plus bas comparé à celui d'avant la gratuité des soins.

Figure 14: Taux de mortalité maternelle (‰)



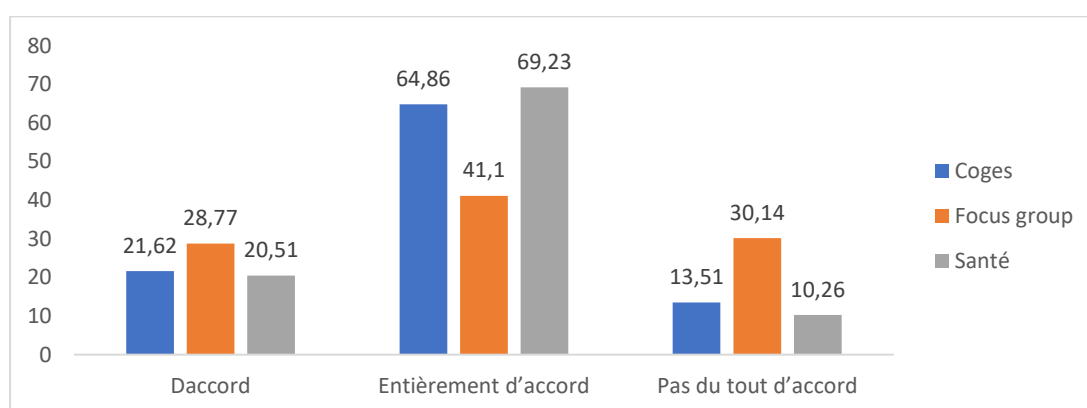
Source : Annales statistiques, DS

3.2.3. Appréciation de l'efficacité de la mesure de la gratuité de soins

3.2.3.3. Appréciation de l'effectivité de la gratuité des soins

L'effectivité de la mesure de la gratuité de soins est reconnue par l'ensemble des parties prenantes de la région de Maradi qu'ils s'agissent des agents de santé, de la communauté et des acteurs du COGES, la majorité est d'accord que les prestations sont gratuites. Toutefois, des signaux de désapprobation sont notés à hauteur de 30,14%, 13,51%, et 10,26% respectivement pour , la communauté, le COGES et les agents de santé.

Figure 15 : Effectivité de la gratuité des soins



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4. Appréciation des actions mises en œuvre dans le cadre de la réforme

La mise en œuvre de la mesure a nécessité un certain nombre d'actions et de conditions permettant d'apprécier la réalisation.

3.2.3.4.1. Sensibilisation sur la gratuité

Environ 86,53% de la population de la région de Maradi affirme être sensibilisée sur la gratuité de soins contre 13,47% qui déclarent non.

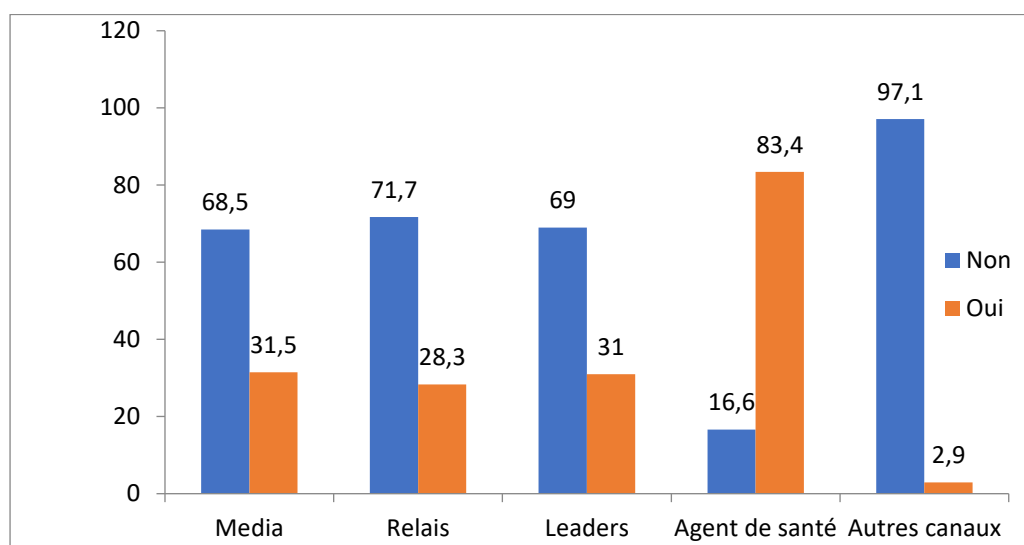
Figure 16 : Sensibilisation sur la gratuité des soins

Source : Données de l'étude, 2022

Pour la population ayant été sensibilisée, elle affirme accéder à l'information par plusieurs canaux.

Le graphique ci-dessous montre que la majorité de la population (83,4%) a été sensibilisée par les agents de santé. Toutefois l'information leur est parvenue aussi par les médias (31,5%), les leaders (31%) et les relais communautaires (28,3%).

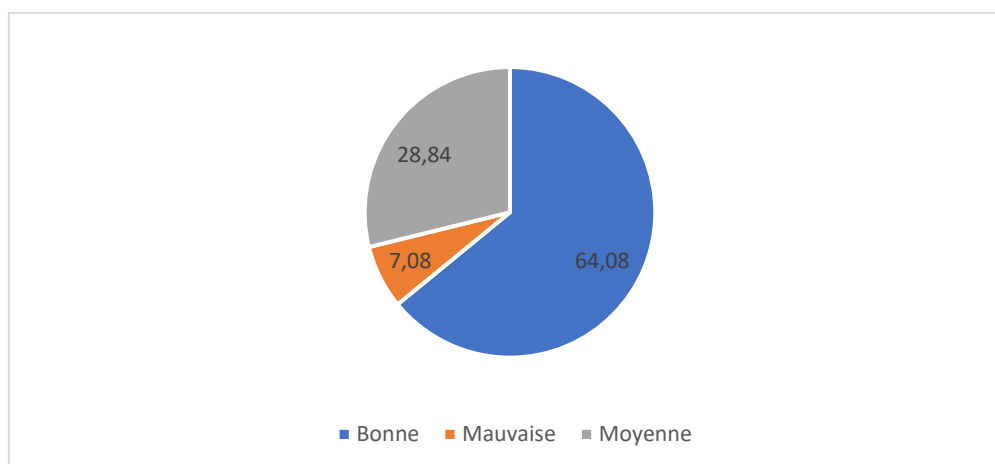
Figure 17 : Canaux de communication utilisés



Source : Données de l'étude, 2022

Le graphique ci-dessous montre que 64,08% des ménages trouvent bonne l'efficacité des canaux de communication, 28,84% les trouvent moyens et 7,08% jugent mauvaise l'efficacité des canaux de communication.

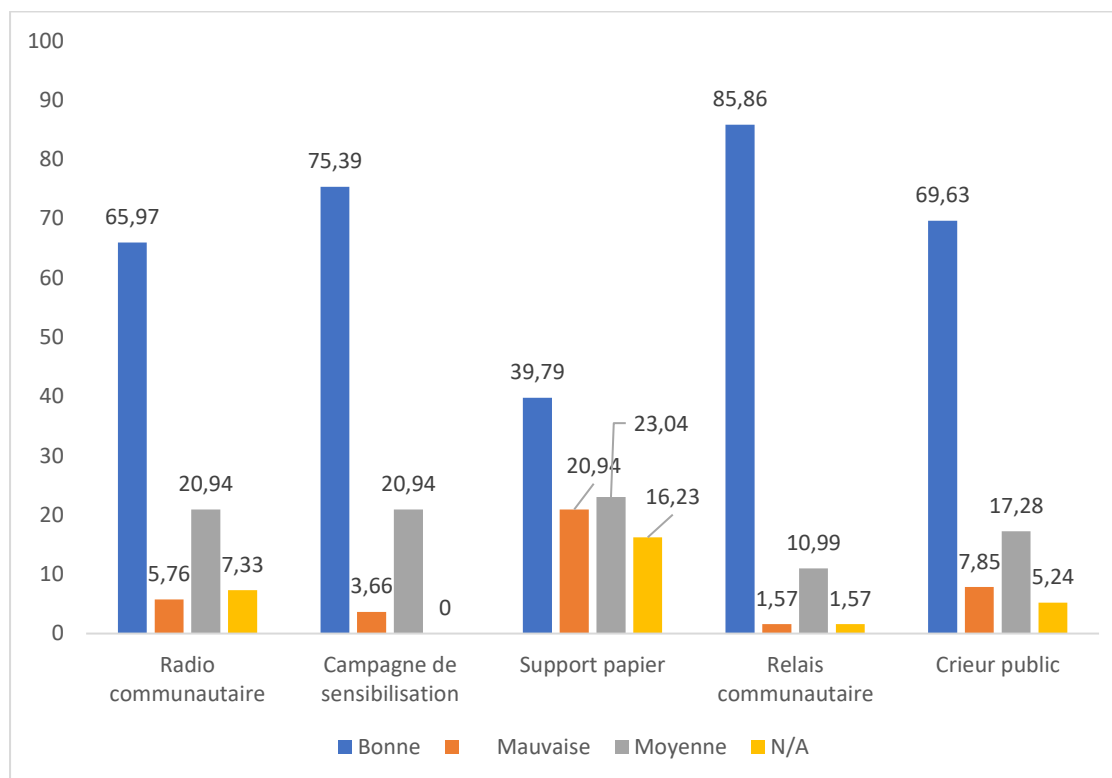
Figure 18 : Efficacité globale des canaux de communication sur la gratuité de soins



Source : Données de l'étude, 2022

Lorsque cette appréciation est portée sur un canal spécifique, il ressort que trois canaux sont considérés comme les plus efficaces pour faciliter l'information au niveau de la région de Maradi. Il s'agit des relais communautaires, de la campagne de sensibilisation et des crieurs publics. Il faut noter que les relais communautaires sont l'un des meilleurs canaux de communication, mais cela nécessite une mobilisation des ressources dans la mise en œuvre afin d'avoir une large diffusion.

Figure 19 : Appréciation spécifique des canaux de communication utilisés



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.2. Utilisation du paquet de la gratuité de soins

Le graphique ci-dessous montre les ménages ayant bénéficié du paquet de la gratuité de soins.

Ainsi, la majorité des ménages enquêtés affirment qu'ils ont bénéficié de la gratuité de soins comme : la CPNR, la consultation curative des enfants de moins de 5 ans, la planification familiale, la consultation post natal et la consultation nourrisson respectivement à hauteur de 96,89,2%, 87,39%, 76,68 ,86,70%, 93,26 et Par contre, 7,94% des femmes ont fait recours à la césarienne.

Tableau 20 : Utilisation du paquet de la gratuité

Paquet de la gratuité	NA	Non	Oui
CPNR	0.17	2.94	96.89
Césarienne	11.40	80.66	7.94
Consultation curative pour les enfants de moins de 5 ans	0.69	11.92	87.39
Planification Familiale	1.73	21.59	76.68
Consultation Post Natal	0.69	12.61	86.70
Consultation Nourrisson	0.52	6.22	93.26

Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.3. Appréciation du fonctionnement des organes de mise en œuvre de la mesure de gratuité des soins

Le tableau ci-dessous présente le temps d'attente observé par la population avant d'être prise en charge au niveau des CSI de la région de Maradi. Il ressort que 65,12% des femmes enquêtées déclarent être pris en charge en moins d'une heure, 29,02% sont prises en charge entre 1h à 3h et 5,87% sont prises en charge au-delà de 3h.

Tableau 11 : Temps moyen mis les usagers avant d'être pris en charge pour la prestation

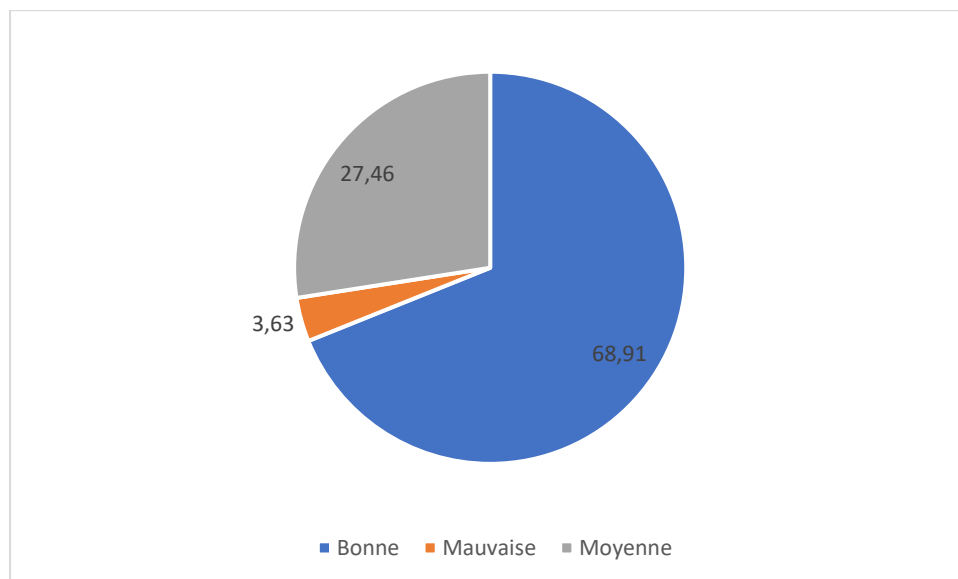
Département	Moins 1h	Immédiatement	De 1h à 3h	Supérieur à 3h
DS Aguié	0.00	100.00	0.00	0.00
DS Bermo	4.17	58.33	37.50	0.00
DS Dakoro	27.27	28.41	42.05	2.27
DS Gazaoua	3.13	75.00	21.88	0.00
DS Guidan Roumdji	36.25	22.50	28.75	12.50
DS Madarounfa	11.54	48.08	40.38	0.00
DS Mayahi	10.57	69.11	12.20	8.13
DS Tessaoua	1.39	51.39	30.56	16.67
DS Ville Maradi	6.25	53.13	40.63	0.00
Ensemble Région	14.34	50.78	29.02	5.87

Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.4. Appréciation du fonctionnement des organes de mise en œuvre de la mesure de gratuité des soins

En tant que bénéficiaires de premier rang de la mesure de gratuité, il est important de recueillir le point de vue des ménages quant à l'organisation mise en place pour conduire la réforme. Le graphique ci-dessous révèle que 68,91% des ménages jugent bonne l'organisation, 27,46% la jugent moyenne et 3,63% estiment que cette organisation est mauvaise.

Figure 21 : Appréciation de l'organisation de la prise en charge de la gratuité par les ménages



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.5. Appréciation de la disponibilité des financements et des médicaments

- **Régularité du remboursement**

Les données primaires collectées auprès des COGES et agents de santé montrent que globalement qu'il y'a une irrégularité des remboursements à hauteur 86,59% due à un non-recouvrement de la totalité de la somme dans le temps approprié. En effet, une minorité des interviewés ont affirmé qu'il y'a une bonne régularité de remboursement à hauteur de 3,39%.

Figure 22 : Appréciation des régularités des remboursements

Département	Bonne	Mauvaise	Moyenne	NA
DS Aguié	0.00	100.00	0.00	0.00
DS Bermo	0.00	50.00	25.00	25.00
DS Dakoro	5.26	73.68	10.53	10.53
DS Gazaoua	0.00	100.00	0.00	0.00
DS Guidan Roudji	9.52	80.95	9.52	0.00
DS Madarounfa	5.26	78.95	10.53	5.26
DS Mayahi	0.00	91.67	4.17	4.17
DS Tessaoua	0.00	100.00	0.00	0.00
DS Ville Maradi	0.00	100.00	0.00	0.00
Ensemble Région	3.39	85.59	6.78	4.24

Source : Données de l'étude, 2022

- **Disponibilité des médicaments**

Le tableau ci-dessous montre que la majorité des répondants affirme une rupture moyenne des produits pharmaceutiques avec 69,49%. Cette rupture est liée à une mauvaise répartition des médicaments au niveau des CSI en fonction de leur charge de couverture mensuel et aussi un retard d'approvisionnement en temps réels des médicaments nécessaires venant des districts auxquels ils sont rattachés. Environ 10,17% de la population jugent mauvais la disponibilité des médicaments et 19,49% jugent cela bonne.

Figure 23 : Appréciation de la non-disponibilité des produits

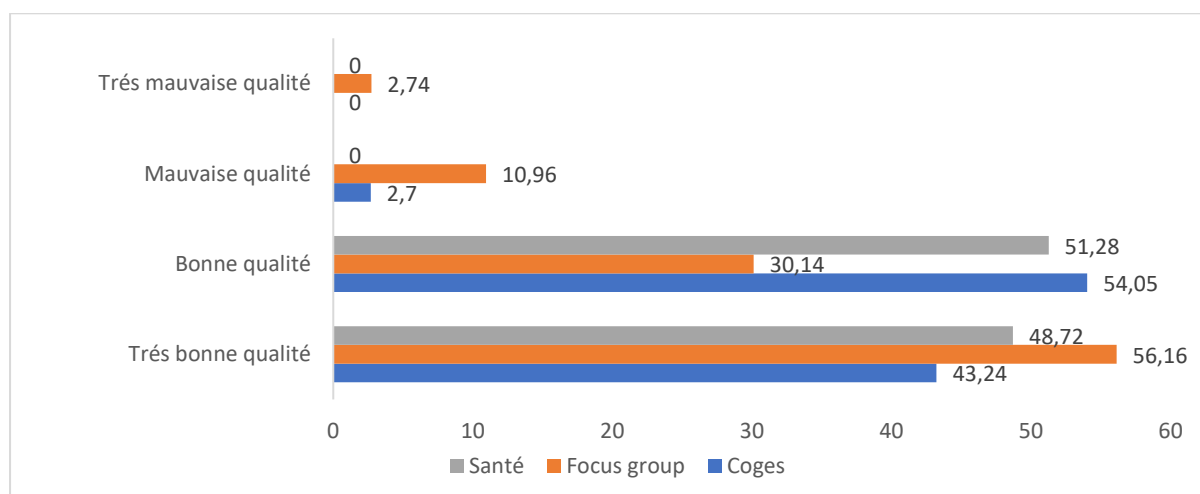
Département	Bonne	Mauvaise	Moyenne	NA
DS Aguié	0.00	33.33	66.67	0.00
DS Bermo	50.00	0.00	50.00	0.00
DS Dakoro	10.53	5.26	78.95	5.26
DS Gazaoua	0.00	25.00	75.00	0.00
DS Guidan Roudji	33.33	4.76	61.90	0.00
DS Madarounfa	31.58	5.26	63.16	0.00
DS Mayahi	4.17	12.50	83.33	0.00
DS Tessaoua	27.27	9.09	63.64	0.00
DS Ville Maradi	22.22	22.22	55.56	0.00
Ensemble Région	19.49	10.17	69.49	0.85

Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.6. Appréciation de l'accueil dans les services de santé

La population interrogée et le COGES jugent l'accueil de très bonne qualité respectivement à 56,16%, et 48,72%. Par contre, une faible minorité jugent très mauvaise la qualité à hauteur de 2,74%.

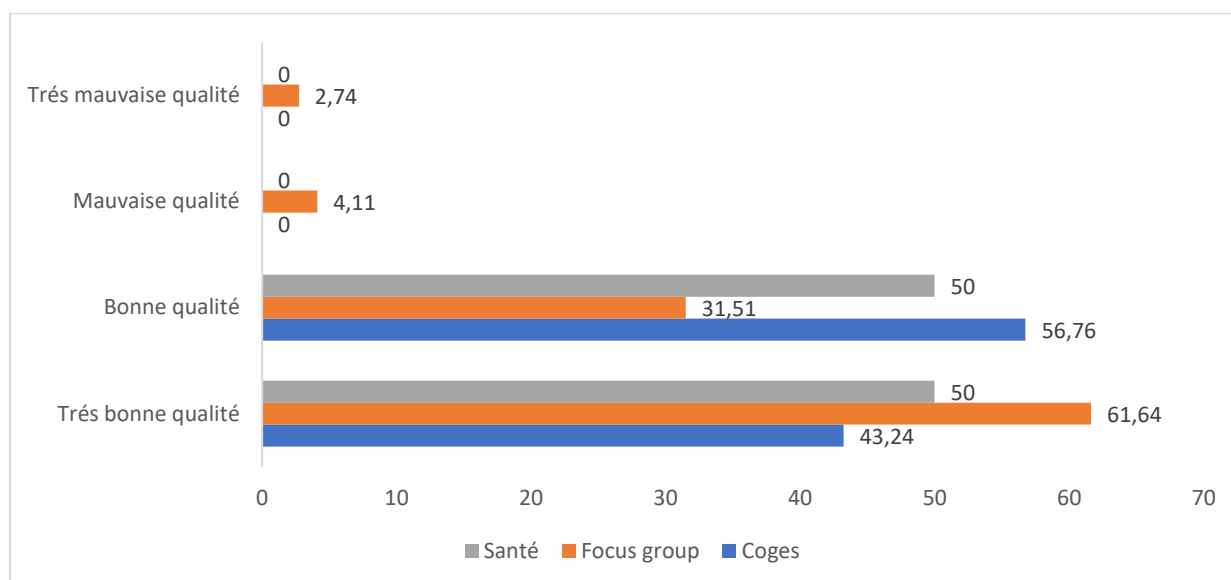
Figure 24 : Appréciation de l'accueil dans les services de santé par les populations



Source : Données de l'étude, 2022

Les membres des COGES et les membres de la communauté trouvent les prestations de très bonne qualité respectivement à hauteur de 43,24% et 61,64%, toutefois très peu de personnes jugent de très mauvaise la qualité des prestations de soins.

Figure 25 : Appréciation de la prestation dans les services de santé par les parties prenantes



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.7. Appréciation des prestations dans les services de santé

Plus de la moitié (63,04%) de la population est très satisfaite de la qualité des soins dans les formations sanitaires, 34,54% est satisfaite bien qu'il y ait quelques poches de faible satisfaction ou d'insatisfaction mineures dans des départements. La prestation de soins n'est pas satisfaisante à Mayahi et Madarounfa respectivement à hauteur de 0,81% et 1,92%.

Tableau 12 : Qualité de la prestation de soins dans les formations sanitaires

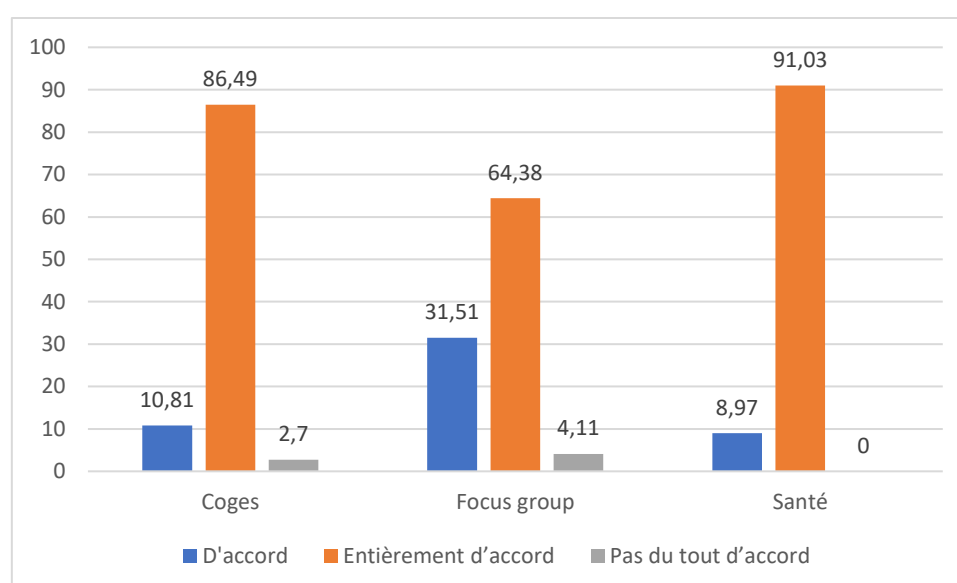
Département	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
DS Aguié	0.00	33.33	66.67
DS Bermo	0.00	0.00	100.00
DS Dakoro	4.55	53.41	42.05
DS Gazaoua	0.00	3.13	96.88
DS Guidan Roumdji	2.50	22.50	75.00
DS Madarounfa	1.92	59.62	38.46
DS Mayahi	0.81	21.14	78.05
DS Tessaoua	1.39	33.33	65.28
DS Ville Maradi	12.50	43.75	43.75
Ensemble Région	2.42	34.54	63.04

Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.8. *Appréciation de la fréquentation des formations sanitaires pour des consultations prénatales gratuites par les femmes enceintes*

Les acteurs interrogés sont entièrement d'accord que la gratuité a augmenté la fréquentation des formations sanitaires pour les consultations prénatales dans la région de Maradi. Comme l'indique le graphique ci-dessous, 86,46% des membres des COGES, 64,38% des communautés interrogées en focus et 91,03% des agents de santé partagent cet avis.

Figure 26 : fréquentation des formations sanitaires pour les consultations prénatales au niveau régional

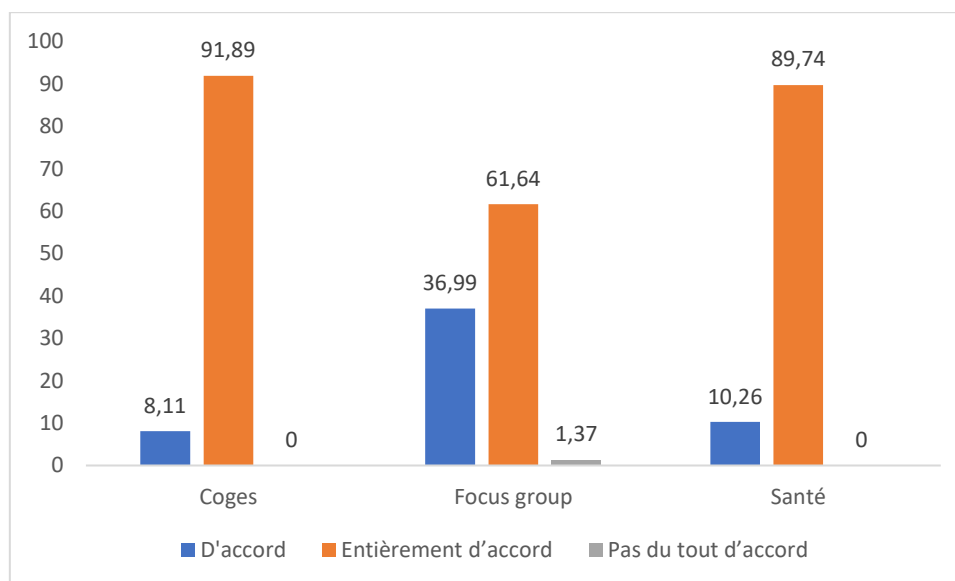


Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.9. *Appréciation de la fréquentation des formations sanitaires pour des soins gratuits par les enfants de 0 à 5 ans*

L'ensemble des acteurs sont entièrement d'accord avec l'amélioration de la fréquentation des formations sanitaires par la population dans le cadre de la mesure de la gratuité des soins. En effet la communauté interrogée à travers les focus groupes organisés est unanime sur ces constats avec 61,64%. Plus de huit (08) agents de santé sur dix (89,74%) et 91,89% des membres des COGES partagent également cette opinion.

Figure 27: La fréquentation des formations sanitaires pour les soins pour les enfants de 0 à 5 ans pour la région de Maradi



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.3.4.10. Valorisation des formations sanitaires et les prestations qui y sont données

Le constat précédent est corroboré par les bénéficiaires de la mesure de gratuité dans les formations sanitaires qui sont leur premier recours pour la majorité de la population malade. En effet, 87,91% font recours aux formations sanitaires en cas de maladie. Toutefois, dans la ville de Maradi 43,75% font recours à l'automédication et un individu sur quatre à Guidan Roumdji, fait recours au Tradipraticien.

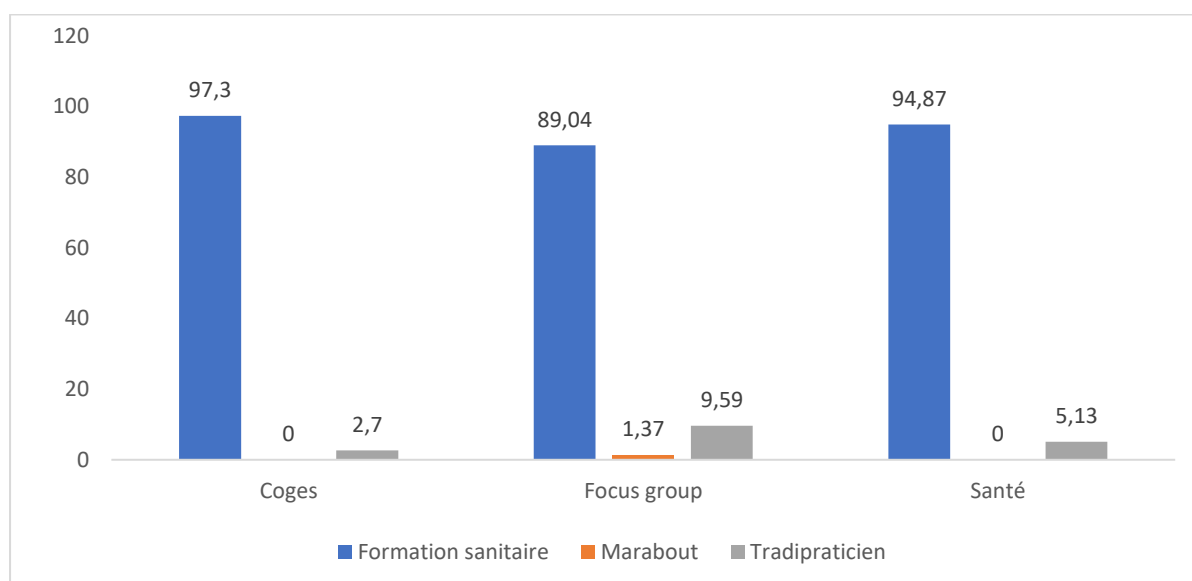
Tableau 13 : 1^{er} recours en matière de santé par les populations

Département	Automédication	Formation sanitaire	Tradipraticien
DS Aguié	0.00	100.00	0.00
DS Bermo	0.00	100.00	0.00
DS Dakoro	11.36	88.64	0.00
DS Gazaoua	0.00	96.88	3.13
DS Guidan Roumdji	0.00	76.25	23.75
DS Madarounfa	0.96	99.04	0.00
DS Mayahi	1.63	88.62	9.76
DS Tessaoua	12.50	84.72	2.78
DS Ville Maradi	43.75	56.25	0.00
Ensemble Région	6.22	87.91	5.87

Source : Données de l'étude, 2022

Les autres parties prenantes (COGES, Communautés et agents de santé) sont toutes unanimes sur le recours de la population aux formations sanitaires en cas de maladie.

Figure 28 : 1^{er} recours en cas de problème de santé par les parties prenantes



Source : Données de l'étude, 2022

Encadré 2 : Analyse de l'efficacité

La mise en œuvre de la gratuité a été effective étant donné la reconnaissance par la quasi-totalité des populations cibles de la gratuité des soins reçus. Les populations ont témoigné de l'effectivité et de l'efficacité des campagnes d'information dans le cadre de la réforme et affichent une certaine satisfaction par rapport aux services offerts. Toutefois, cette gratuite relève des insuffisances notamment au niveau de l'approvisionnement des intrants dus à un non de remboursement des factures.

4.3. De l'efficience de la mesure de gratuité des soins

Pour conduire une analyse d'efficience dans les règles de l'art, on doit disposer d'un costing de la mesure pour satisfaire entièrement la population devant bénéficier de la réforme au niveau des formations sanitaires. On doit alors apprécier le financement mobilisé a posteriori en lien avec le service de gratuité offert au regard de cette norme. A défaut de disposer de cette norme, l'efficience est appréciée sur le plan de l'adéquation des ressources allouées aux prestations offertes réellement, suivant les modalités de la gratuité des soins.

Quelle est la situation du remboursement des factures des prestations de soins liées à la gratuité des soins ?

Le tableau ci-dessous présente la situation des remboursements de 2006 à 2021. Il ressort que le taux de remboursement des factures liées à la gratuité de soins de la région de Maradi est de 56%. Cependant, il existe des disparités de remboursement entre les structures sanitaires. En effet, la majorité des districts ont un remboursement de plus de 50%, le taux le plus élevé de remboursement est observé à Gazaoua (73%) tandis que le plus faible est enregistré à Bermo (11%).

Tableau 14 : Situation de remboursement de la gratuité de 2006 à Décembre 2021 par structure

Structures sanitaires	Montant total des factures envoyées	Montant total des factures remboursées	Montant à recouvrer	Taux de remboursement
DS AGUIE	1 890 176 125	1 105 997 750	784 178 375	59%
DS DAKORO	2 069 144 619	850 237 850	1 218 906 769	41%
DS MARADI	861 229 376	570 801 376	290 428 000	66%
DS GUIDAN ROUMDJI	1 703 922 088	1 016 952 450	686 969 638	60%
DS MADAROUNFA	2 079 089 907	1 349 819 550	729 270 357	65%
Mayahi	2 441 860 957	1 410 219 770	1 031 641 187	58%
DS TESSAOUA	2 519 118 774	1 374 558 972	1 144 559 802	55%
CHR	3 047 360 439	1 937 005 925	1 110 354 514	64%
CSME /MARADI	983 997 066	215 326 550	768 670 516	22%
Bermo	71 372 644	7 962 305	63 410 339	11%
Gazaoua	185 754 660	135 089 700	50 664 960	73%
TOTAL	17 853 026 655	9 917 418 598	7 935 608 057	56%

Source : cellule gratuité des soins DF/DEP/MSP/P/AS

Lorsque l'on met ce taux de remboursement en lien avec l'appréciation des parties prenantes de l'effectivité de la mesure, on note un taux de remboursement de 56%. Globalement 57,45% des parties prenantes interrogées (les membres des COGES, la Communauté et les agents de santé) sont entièrement d'accord quant à l'effectivité de la mesure de gratuité. Par ailleurs, malgré la modestie du financement, la mesure a été offerte aux populations et elles affichent un taux de satisfaction totale de 63,4%.

Encadré 3 : Analyse de l'efficience

Le faible taux de remboursement des factures de la gratuité des soins engendre des ruptures des produits pharmaceutiques au niveau des formations sanitaires, réduisant ainsi la capacité de ces dernières à donner entière satisfaction aux populations dans la qualité des soins offerts. Malgré ce handicap les populations cibles reconnaissent dans leur majorité l'effectivité de la mesure de gratuité et sont satisfaites de sa mise en œuvre.

4.4. Des effets induits par la mise en œuvre de la mesure

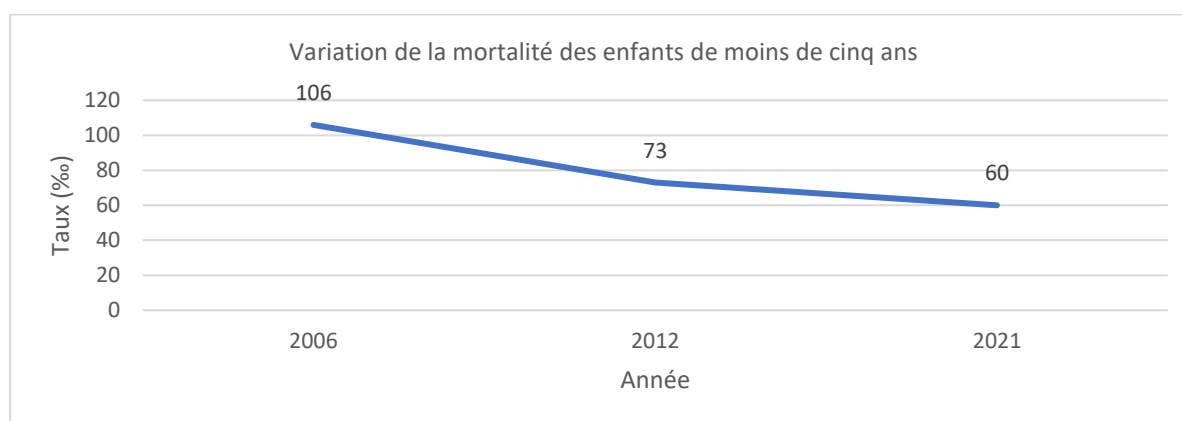
4.4.1. Les effets induits de la mise en œuvre de la mesure de la gratuité sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile

L'analyse de l'impact de la gratuité des soins sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile se fera en s'appuyant sur les données d'enquêtes. N'ayant pas eu des données désagrégées par région pour le taux de mortalité maternelle dans ces données d'enquêtes, l'analyse s'est focalisée que le taux de mortalité infantile.

- **Évolution du taux de mortalité infantile**

On constate une baisse importante du niveau de mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans dans la région de Maradi entre 2006 et 2021. Ce taux de mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans est passé de 106‰ en 2006 à 73‰ en 2012 puis à 60‰ en 2021, soit une baisse absolue de 46‰.

Figure 29 : Évolution des taux des enfants de moins de 5 ans

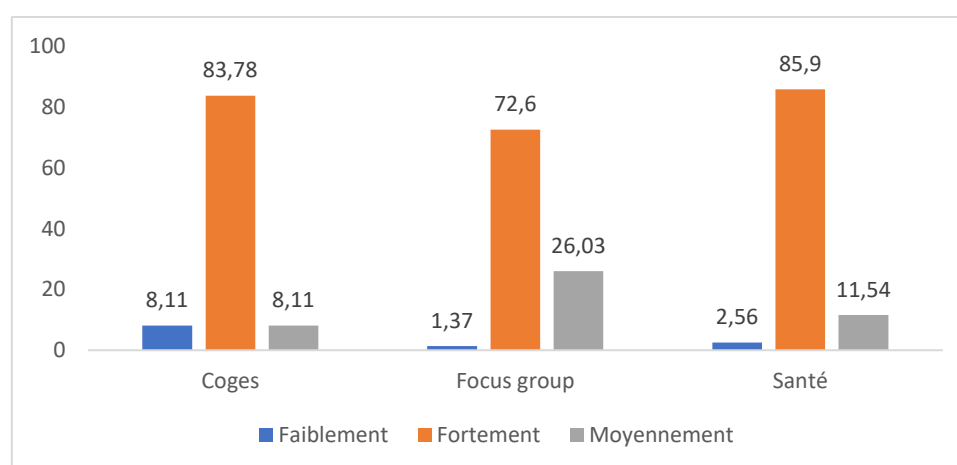


Source : EDSN 2006 et EDSN 2012 et ENAFEME 2021

- **Appréciation des effets induits de la mise en œuvre de la mesure de la gratuité :**

La majorité des responsables des COGES (83,78%) ont estimé que la gratuité de soins a fortement contribué à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la région de Maradi. De même, les résultats du focus group (72,6%) ont montré que la réduction de la mortalité maternelle et la mortalité infantile est liée à la gratuité de soins. 85,9% des responsables des centres de santé pensent que la gratuité de soins impacte fortement la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Figure 30 : Appréciation des effets induits par les parties prenantes



Source : Données de l'étude, 2022

4.4.2. Effets sur la charge de travail

Une très grande majorité des responsables des centres de santé (96,15%) estiment que la mesure de la gratuité de soins a augmenté leurs charges de travail. Par contre, 3,85% de ces responsables continuent avec les mêmes charges malgré la mise en place de la mesure de la gratuité de soins.

Figure 31 : Perception de l'impact de la mesure sur la charge de travail des agents de santé

Département	Non	Oui	Total
DS Aguié	0.00	100.00	100.00
DS Bermo	0.00	100.00	100.00
DS Dakoro	0.00	100.00	100.00
DS Gazaoua	0.00	100.00	100.00
DS Guidan Roudji	15.38	84.62	100.00
DS Madarounfa	7.69	92.31	100.00
DS Mayahi	0.00	100.00	100.00

Département	Non	Oui	Total
DS Tessaoua	0.00	100.00	100.00
DS Ville Maradi	0.00	100.00	100.00
Ensemble Région	3.85	96.15	100.00

Source : Données de l'étude, 2022

Encadré 3 : Les effets induits de la mise en œuvre de la mesure

La mise en œuvre de la gratuité est associée à une réduction du taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans. Elle est également à la faveur de la fréquentation des formations sanitaires par les populations cibles et le recours systématique des populations aux formations sanitaires en cas de maladie. Toutefois, la réforme a une grande incidence sur la charge de travail des agents de santé.

4.5. De la durabilité des acquis de mesure de gratuit

Cet exercice consiste à apprécier dans son ensemble la viabilité de la mesure de gratuité des soins des enfants de 0 à 5 ans et les soins des femmes, ainsi que la pérennité des mécanismes mis en place afin d'identifier les bonnes pratiques. Il s'agit d'apporter des réponses à un certain nombre de questions. Ces questions sont nécessaires car les réponses apportées permettraient de savoir si les effets de la mesure de la gratuité de soins pourraient perdurer.

4.5.1. Les contraintes de la mise en œuvre de la mesure de gratuité

Elles sont potentiellement multiples et sont analysées au regard de leur occurrence à partir d'une liste de contraintes identifiées par des études antérieures. Ces contraintes sont appréciées par les agents de santé, les membres des COGES et les Communautés.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'irrégularité des remboursements (74,87%), l'insuffisance du financement (61,26%), la non-disponibilité des produits pharmaceutique (38,22%) sont les contraintes majeures à la mise en œuvre de la gratuité de soins. L'implication insuffisante de certains acteurs stratégiques (19,90%), l'inefficacité du dispositif du suivi (17,80%), l'insuffisance de la communication (17,28%) et la non-maitrise des procédures (15,71%) par certains agents sont également évoqués comme contraintes dans une moindre mesure.

Figure 32 : Contraintes à la mise en œuvre de la gratuité

Contraintes	Faible	Fort	Passable
Insuffisance du financement	15,71	61,26	23,04
Non disponibilité des produits pharmaceutiques	21,99	38,22	39,79
Insuffisance de la communication	48,17	17,28	34,55
Non maitrise des procédures par certains agents	59,69	15,71	24,61
Irrégularité des remboursements	10,47	74,87	14,66
Inefficacité du dispositif du suivi évaluation	40,31	17,80	41,88
Implication insuffisante de certaines acteurs stratégiques	48,17	19,90	31,94

Source : Données de l'étude, 2022

4.5.2. Mesures incitatives pour encourager la fréquentation des formations sanitaires

Cette partie permet d'apprécier les mesures incitatives mises en place dans le cadre de la gratuité des soins pour encourager la fréquentation des formations sanitaires par les bénéficiaires. Elle est appréhendée par les ménages interrogés.

Ces questions sont importantes car les réponses apportées contribueront à l'amélioration de la qualité des prestations contenues dans la mesure de la gratuité des soins des enfants de 0 à 5 ans.

Les motifs de la fréquentation des formations sanitaires sont encouragés par les éléments suivants :

- Le Bon accueil (90,85%) ;
- La qualité de prestation de service (89,98%) ;
- La disponibilité du personnel (85,84%) ;
- L'existence de la gratuité de soins (84,80%) ;
- L'accessibilité géographique des formations sanitaires (82,04%) ;
- La disponibilité des médicaments (81%) ;
- La continuité de service (78,58%) ;
- Les autres (1,73%).

Figure 33 : Mesures incitatives en faveur de la gratuité

Motif de fréquentation des formations sanitaires	Non	Oui	Total
Bon accueil	9.15	90.85	100.00
Disponibilité des médicaments	19.00	81.00	100.00
Accessibilité géographique des formations sanitaires	17.96	82.04	100.00
Qualité de prestation de service	10.02	89.98	100.00
Disponibilité du personnel de santé	14.16	85.84	100.00
Existence de la gratuité de soins	15.20	84.80	100.00
Continuité des services	21.42	78.58	100.00
Autres	98.27	1.73	100.00

Source : Données de l'étude, 2022

Encadré 4 : Analyse de la durabilité

La mise en œuvre de la mesure de gratuité de soins, augmente la demande de service de santé par la population. A cet égard, l'offre de service doit s'adapter pour être à la hauteur de cette demande.

La régularité des remboursements, un financement suffisant, un plateau technique adéquat (infrastructures et intrants de santé) constituent des leviers de succès de la mesure de gratuité des soins. L'implication suffisante de certains acteurs stratégiques, l'efficacité du dispositif du suivi, une communication suffisante et la maîtrise des procédures par certains agents sont aussi des éléments porteurs de succès pour la mesure.

5. RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION

Au vu des constats dégagés de cette étude, afin d'améliorer la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins de santé dans la Région de Maradi et la rendre viable, pérenne pour le bien-être des populations cibles bénéficiaires, il serait souhaitable, pour :

Le Gouvernement de :

- prendre les dispositions nécessaires pour l'apurement des arriérés de remboursement accumulés vis-à-vis des toutes les formations sanitaires et le paiement systématique des factures courantes ;
- redynamiser le dispositif de 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) ;
- redynamiser le dispositif de suivi de la politique de gratuité des soins de santé, chargée de la gratuité des soins au niveau déconcentré (mettre plus de moyens financiers et ressources humaines) ;
- préciser dans le texte que la gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans est exclusivement réservée aux enfants de nationalité nigérienne ;
- capitaliser la réforme de la gratuité des soins à travers l'INAM qui va développer un achat stratégique (contrôle quantité, contrôle qualité et la voix de la communauté) ;
- rendre opérationnel l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM) avec des organes déconcentrés.

Les Partenaires Techniques et Financiers de :

- respecter l'alignement leurs appuis sur les objectifs définis par le Ministère de la santé dans le cadre de la mesure de la gratuité ;
- appuyer la mutualisation des ressources dans le système de santé pour une meilleure prise en charge ;
- respecter la chaîne unique d'approvisionnement de la gratuité de soins.

Les responsables des structures sanitaires de :

- respecter les critères d'éligibilité à la gratuité de soins ;
- systématiser les séances de redevabilité trimestrielle.

6. CONCLUSION GENERALE

Cette politique de gratuité de soins s'inscrit dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. La politique consiste pour les femmes, à disposer des prestations de services de santé sans paiement (la planification familiale, la consultation prénatale, la césarienne/grossesse extra utérine/rupture utérine, la prise en charge du cancer gynécologique) et pour les enfants de moins de cinq (5) ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs. Cette étude a permis d'évaluer dans la région de Maradi, la politique de gratuité des soins d'une part et d'autre part, d'identifier les déterminants de l'adoption chez les populations des bonnes pratiques de la mesure.

La politique de gratuité des soins, dans la région de Maradi, a permis de financer la santé des femmes et des enfants à hauteur de 17. 853.026.655 FCFA pour onze (11) structures sanitaires (09 districts sanitaires, 01 Centre Hospitalier Régional et 01 Centre de Santé Mères-Enfants). L'investigation est basée sur des données provenant d'une enquête sur un échantillon aléatoire de 579 ménages et 73 structures sanitaires et 35 ONG/PTF. La méthode de perception par les bénéficiaires est utilisée pour estimer les taux d'adoption et leurs déterminants.

Cela montre que l'appui à l'accès aux services de santé, la rapidité des remboursements, l'information et la sensibilité constituent des moyens pour faciliter l'atteinte des « objectifs de Développement Durable (ODD) », relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Enfin, l'étude a montré que l'adoption de la politique est influencée par un certain nombre de déterminants tels que l'âge, le niveau d'étude, la fonction, la rapidité des remboursements, ...etc. Ceci nous renseigne que les acteurs de la santé doivent prendre en compte ces facteurs pour garantir les chances de succès de cette politique.

Cette évaluation a permis de relever certaines insuffisances dans la mise en œuvre de cette mesure du paquet de gratuité de soins à savoir :

- le retard et/ou le non remboursement d'une masse critique de factures aux formations sanitaires ;
- une insuffisance de ressources humaines et de médicaments ;

- 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 toutefois permis d'améliorer significativement l'accès des populations vulnérables aux soins et services de santé. Elle a amélioré la fréquentation des formations sanitaires par les populations et est associée entre autres à la réduction de taux de mortalité maternelle et des enfants de 0 à 5ans,

La prise en compte des recommandations présentées supra permettra une meilleure mise en œuvre de la réforme au regard du nouveau cadre institutionnel de pilotage coordonnée par l'Institut National Assistance Médicale (INAM).

BIBLIOGRAPHIE

1. **NIGER, Ministère de la Santé Publique, de la Population et de l'Action Sociale.** - Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger 2020.- SNIS, sept. 2021, -248p.
2. **NIGER, Ministère de la Santé Publique.** -Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger 2019. – SNIS, 2020,- 208p.
3. **NIGER, Ministère de la Santé Publique.** -Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger 2018. – SNIS, 2019,- 213p.
4. **NIGER, Ministère de l'Economie et des Finances.** - Etude sur la gratuité des Soins de Santé au Niger. - INS, 2015.-110p.
5. **NIGER, Ministère de la Santé Publique.**- Gestion de la Gratuité des Soins au Niger.-DOS, 2007.-25p.
6. **NIGER, Ministère de la Santé Publique.**- Rapport d'Etude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des mécanismes assurantiels en vigueur au Niger dans la perspective de la mise en place d'une Couverture Universelle du Risque Maladie.-DEP, 2019.-82p.
7. **NIGER,** Evaluation de l'Intervention du Programme de Coopération NIGER-UNICEF 2014-2018 dans le cadre de la politique de la gratuité des soins au Niger.- UNCEF, SwissTPH.- 2019.- 92p.
8. **NIGER, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, Enabel-** Les effets du FBR sur l'utilisation des services de santé dans les Districts sanitaires de Gaya et Gothèye/SORO Dofèrègouô,[s.d].-14p.
9. **NIGER, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, Enabel-** Enquête de vérification et de satisfaction des utilisateurs des services de santé au niveau communautaire dans le District Sanitaire de Gothèye./ALI, Yacouba,[s.d].-12p.
10. **NIGER, Ministère de la Santé Publique.**- Stratégie Nationale de Financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé.-2022.-28p.
11. **NIGER, Ministère de la Santé Publique, CTB/Niger, PAI-MSP.** Recueil de Législation Sanitaire. -2015, 1086p.
12. **Niger, Ministère de la Santé Publique.** -Manuel de la gestion de la gratuité des soins au Niger, Août 2007

ANNEXES

Annexe 1 :

Matrice d'évaluation

Matrice d'évaluation

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
Pertinence et cohérence	Comment appréciez-vous l'adéquation de la mesure de gratuité avec les besoins de santé des populations		Document de mise en place de la réforme. Documents de politiques nationales et du secteur de la santé			Guide/questionnaire	Meta analyse des documents+ analyse des données primaires
	Comment appréciez-vous le mécanisme de préparation de la gratuité		Parties prenantes à l'origine de la gratuité ou acteurs de la mesure			Guide	Meta analyse des documents+ analyse des données primaires
	Comment apprécier vous le mécanisme de gestion de la gratuité		Praticiens+ gestionnaires			Guide	Meta analyse des documents+ analyse des données primaires
	Dans quelle mesure les ressources allouées à la mesure sont-elles en cohérence avec les		Gestionnaires +PTF			Guide	Meta analyse des documents+ analyse des données

7 Ici, l'indicateur désigne le moyen opérationnel par lequel les réponses aux questions évaluatives seront abordées.

8 Il s'agit des structures auprès desquelles les informations seront collectées

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	actions envisagées.						primaires
Efficacité	Comment appréciez les actions mises en œuvre dans le cadre de la réforme, dans la région de Maradi (formation, élaboration de procédures, mise en place de cadre institutionnel, mobilisation des partenaires, campagnes d'information)		Gestionnaires/agents de santé/ONG/bénéficiaires			Guide et questionnaire	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Dans quelle mesure la mise en œuvre de la gratuité (consultation prénatale, soins aux enfants de 0 à 5ans) a été effective au niveau de la région de Maradi? + planning + césariennes		Gestionnaires/bénéficiaires/ agents de santé/ONG/PTF			Guide/questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous l'apport des PTF dans la mise en		Gestionnaires/Ministère/ONG/agents de santé/autorités locales et+			Guides	Meta analyse de rapports d'activités

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	œuvre de la réforme (intervention AFD par mise à disposition de médicaments, FBR etc)						formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous le fonctionnement des organes de mise en œuvre de la mesure de gratuité		Bénéficiaires/ONG/ autorités locales et+/PTF/Admin Santé			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Dans quelle mesure les textes administratifs et réglementaires sont appliqués ?		ONG/PTF/admin santé			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous le cadre de discussion entre l'Etat et les PTF en ce qui concerne la réforme		ONG/PTF/admin santé			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
							données primaires
	Comment appréciez-vous les canaux de communication utilisés pour informer les populations sur la réforme		Bénéficiaires/ONG/PTF/admi n santé/autorités locales			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Dans quelle mesure le système de suivi de la gratuité est-il opérationnel ?		PTF/Gestionnaires/agents de santé			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires +disponibilité intrants PF et césariennes		Gestionnaires/agents de santé/bénéficiaires/PTF			Guides /questionnaires	Analyse données primaires
	Comment		Gestionnaires/agents de			Guides	Analyse

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	appréciez-vous le coût des médicaments ?		santé/PTF				données primaires
	Comment appréciez-vous la régularité de la prise en charge par l'État du paiement des soins ?		Gestionnaires/agents de santé/PTF			Guides	Analyse données primaires
	Dans quelles mesures les populations valorisent-elles les formations sanitaires et les prestations qui y sont données ?		Bénéficiaires/agents de santé/ONG/autorités locales			Guides /questionnaires	Analyse données primaires
	Quelles sont les mesures incitatives pour encourager la fréquentation des formations sanitaires ?		Toutes les cibles			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Dans quelle mesure les prestations et l'accueil dans les services de santé de la mère et de		Bénéficiaires/ONG/autorités locales			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	l'enfant sont de bonne qualité ?						sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous la fréquentation des formations sanitaires pour des consultations prénatales gratuites par les femmes enceinte		Communauté (COGES+ relais)			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous la fréquentation des formations des formations sanitaires pour des soins gratuits par les enfants de 0 à 5 ans		Communauté (COGES+ relais+ leader)			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
Efficience	Dans quelle mesure les ressources allouées à la réforme de gratuité couvrent-elles les prestations ?		Gestionnaires/données sur les remboursements			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	Comment appréciez-vous l'adéquation des moyens avec l'offre de prestation		Gestionnaires/agents de santé/PTF			Guide	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
Durabilité des acquis	Quelles sont les contraintes de la mise en œuvre de la mesure de gratuité ?		Toutes les cibles			Guide/questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Quelles sont les insuffisances inhérentes à la mise en œuvre de la mesure de gratuité ?		Toutes les cibles			Guide/questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Quelles sont les bonnes pratiques à capitaliser ?		Gestionnaires/agents de santé/PTF			Guide	Meta analyse de rapports d'activités

Critère d'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs ⁷	Sources de données	Structure de référence ⁸	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
							formation sanitaires+, analyse données primaires
Effets induits par la mise en œuvre	Quels sont les effets induits par la mise en œuvre de la mesure de la gratuité ?		Gestionnaires/agents de santé/communauté			Guide	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires

Annexe 2 : Equipe de rédaction

Equipe de rédaction

EQUIPE	NOM ET PRENOM	INSTITUTION
Supervision et relecture	HASSANE OUSMANE	DEP/MSP/P/AS
	MAMANE DAN BOUZOUA	Personne-ressource
Comité technique	AHMED SEKOU DIALLO	ReNSE
	Dr GARBA TCHIWAKE	District Sanitaire Madarounfa
	ABDOUL AZIZOU OUMAROU DAN BAKI	DS/MSP/P/AS
	Mme HINSA GAYKA	DF/DEP/MSP/P/AS
	IDI HAROUNA	INS
	MOUSTAPHA SADISSOU	PF/PC/DRSP/P/AS Maradi
	AMADOU SALIFOU HAROUNA	Evaluateur Emergent
	MOUTARI BOUBOU ISSOUFOU	Evaluateur Emergent
	IBRAHIM ISSOUFOU IBRAHIM	M. PLAN
	ABDOUL RAHAMANE ALOU SOULEY	HCME
	ABOUBACAR RAHINATOU	HCME
	DADDY NANA FATCHIMA	HCME
Consultants	SOSSOU DAMASE	International
	KONE GADO MAHAMADOU	National