

REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité-Travail-Progrès

RAPPORT FINAL

Évaluation *Rapide*

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

Septembre 2022



Haut Commissariat à la Modernisation de l'Etat

Avec l'appui financier de



&



TWENDE MBELE

Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES.....	4
INTRODUCTION	6
1. DESCRIPTION DE LA MESURE	8
2. ÉVALUATION RAPIDE DE LA MESURE	15
2.1. Objectifs de l'évaluation rapide	15
2.2. Démarche méthodologique	15
2.2.1. Planification technique et opérationnelle de l'évaluation rapide	15
2.2.2. Conception des outils de collecte de données	16
2.2.3. Collecte et traitement des données	16
2.2.4. Devis de l'évaluation rapide	20
2.2.5. Stratégie d'évaluation rapide	20
2.2.6. Élaboration du rapport d'évaluation rapide.....	22
2.2.7. Limites de l'étude	22
3. RESULTATS DE L'ÉVALUATION.....	23
3.1. De la pertinence et de la cohérence de la mesure.....	23
i. Analyse de pertinence.....	23
ii. Analyse de cohérence de la mesure	25
3.2. De l'efficacité de la mesure de gratuité	29
3.2.1. Utilisation des services de la gratuité dans la région de Dosso.....	29
3.2.2. Évolution de quelques indicateurs de santé	37
3.2.3. Appréciation de l'efficacité de la mesure de la gratuité de soins	40
3.3. De l'efficience de la mesure de gratuité des soins.....	50
3.4. Des effets induits par la mise en œuvre de la mesure	52
3.4.1. Les effets induits de la mise en œuvre de la mesure de la gratuité sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile	52
3.4.2. Effets sur la charge de travail	53
3.5. De la durabilité des acquis de mesure de gratuité	55
3.5.1. Les contraintes de la mise en œuvre de la mesure de gratuité	55
3.5.2. Mesures incitatives pour encourager la fréquentation des formations sanitaires	56
4. RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION	57
5. CONCLUSION GENERALE	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES.....	61

SIGLES ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNPR/CPNR	Consultation Périnatale
COGES	Comité de Gestion
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
HELP	Organisation Humanitaire non Gouvernementale Allemande
HCME	Haut Commissariat à la Modernisation de l'Etat
HD	Hôpital de District
IDH	Indice de Développement
INS	Institut National de la Statistique
MDN	Médecins du Monde
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD/ODM	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAGIPG	Paquet Intégré de la Gratuité au Profit des Femmes enceintes et des Soins de santé des enfants de Zéro à Cinq ans
PDC	Plan de Développement Communal
PDR	Plan de Développement Régional
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SDDDCI	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	17
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon.....	18
Tableau 3: Récapitulatif du taux d'utilisation des PF par District sur le 5 dernières années.....	29
Tableau 4 : Récapitulatif de pourcentage des couples année protection par District sur le 5 dernières années	31
Tableau 5 : Taux d'accouchements assistés par personnel qualifié sur le 5 dernières années	33
Tableau 6 : Taux de couverture des consultations des nourrissons sur les 5 dernières années	34
Tableau 7: Taux d'utilisation des services (0-5ans).....	35
Tableau 8: Taux global d'utilisation des services.....	36
Tableau 9: Taux de décès à la naissance sur les cinq dernières années	38
Tableau 10 : Taux de mortalité maternelle (‰).....	39
Tableau 11 : Temps moyen mis les usagers avant d'être pris en charge pour la prestation ...	44
Tableau 12 : Qualité de la prestation de soins dans les formations sanitaires	48
Tableau 13 : 1 ^{er} recours en matière de santé par les populations.....	49
Tableau 14 : Situation de remboursement de la gratuité de 2007 à juin 2022 par structure ...	51

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.	23
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.....	24
Figure 3: Le degré d'adaptabilité des paquets de gratuité de soins par rapports aux attentes des ménages enquêtés.....	25
Figure 4 : Adéquation entre les ressources allouées et la prestation.....	27
Figure 5 : Adéquation entre les moyens et la demande de prestation	28
Figure 6 : Taux d'utilisation global des PF de la région de Dosso	30
Figure 7: Pourcentage de couple année protection de la région de Dosso	31
Figure 8: Taux de la césarienne de la région de Dosso.....	32
Figure 9 : Taux d'accouchement assisté par personne qualifié.....	33
Figure 10: Taux de couverture des consultations des nourrissons.....	35
Figure 11: Taux d'utilisation des services (0-5ans)	36
Figure 12: Taux global d'utilisation des services	37
Figure 13 : Taux de décès à la naissance.....	39
Figure 14: Taux de mortalité maternel (‰).....	40
Figure 15 : Effectivité de la gratuité des soins.....	40
Figure 16 : Sensibilisation sur la gratuité	41
Figure 17 : Canaux de communication utilisés	42
Figure 18 : Efficacité globale des canaux de communication sur la gratuité de soins	42
Figure 19 : Appréciation spécifique des canaux de communication utilisés.....	43
Figure 20 : Parmi les paquets de soins lesquels avez-vous bénéficié.....	44
Figure 21 : Appréciation de l'organisation de la prise en charge de la gratuité par les ménages	45
Figure 22 : Appréciation des irrégularités des remboursements.....	46
Figure 23 : Appréciation de la non-disponibilité des produits	46

Figure 24 : Appréciation de l'accueil dans les services de santé par les populations	47
Figure 25 : Appréciation de l'accueil dans les services de santé par les autres parties prenantes.....	47
Figure 26 : fréquentation des formations sanitaires pour les consultations prénatales au niveau régional	48
Figure 27: La fréquentation des formations sanitaires pour les soins pour les enfants de 0 à 5 ans pour la région de Dosso	49
Figure 28: 1 ^{er} recours en cas de problème de santé par les parties prenantes	50
Figure 29 : Évolution des taux de mortalité maternelle et des enfants se moins de 5 ans	52
Figure 30 : Appréciation des effets induits par les parties prenantes	53
Figure 31 : Perception de l'impact de la mesure sur la charge de travail des agents de santé	54
Figure 32 : Contraintes à la mise en œuvre de la gratuité	55
Figure 33 : Mesures incitatives en faveur de la gratuité.....	56

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 vaste pays enclavé¹ d'une superficie de 1.267.000 km² et 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 8 régions administratives, 36 départements et 255 communes.

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 3/4 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 de ses partenaires au développement, a engagé des 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. 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.

La politique 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 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.

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).

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/P/AS), a décidé de mener une évaluation rapide de cette mesure dans la région de Dosso.

L'objectif de cette évaluation rapide de la mesure de gratuité est de rendre compte de l'appréciation par les bénéficiaires et acteurs de la mise en œuvre de la politique 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 rapide, conduite par le Gouvernement du Niger, vient compléter les efforts d'évaluation rapide déjà mis en œuvre par d'autres partenaires.

Le présent rapport de cette évaluation rapide de la mise en œuvre de la mesure de gratuité des soins des femmes en âge de procréer et des enfants de zéro (0) à cinq (5) ans est structuré en cinq (4) chapitres. Le premier chapitre a trait à la description de la mesure et son rationnel. Le second présente les objectifs de l'évaluation rapide et la démarche méthodologique adoptée. Le chapitre 3 présente les résultats et le chapitre 4 est consacré aux recommandations.

1. DESCRIPTION DE LA MESURE

1.1. 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.

1.2. 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)

1.3. Cadre juridique de la gratuité des soins

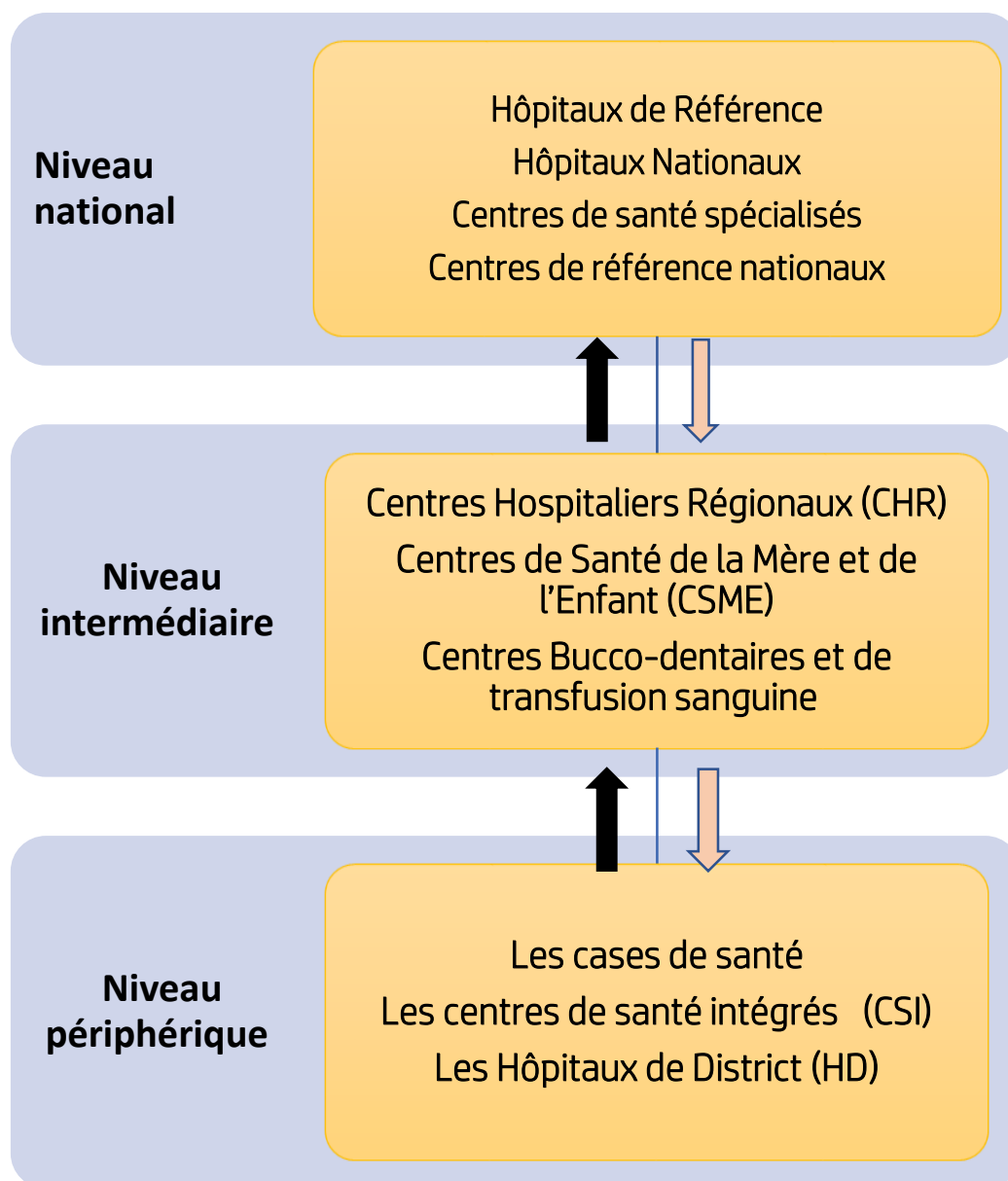
Le cadre juridique de la mesure de gratuité est bâti sur les textes réglementaires suivants :

- 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.

1.4. 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.

1.5. 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 ».**

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

La mise en place s'est déroulée comme suit :



1.7. 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.

1.8. 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.

1.9. 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 rapide.

1.10. 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 rapide.

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.

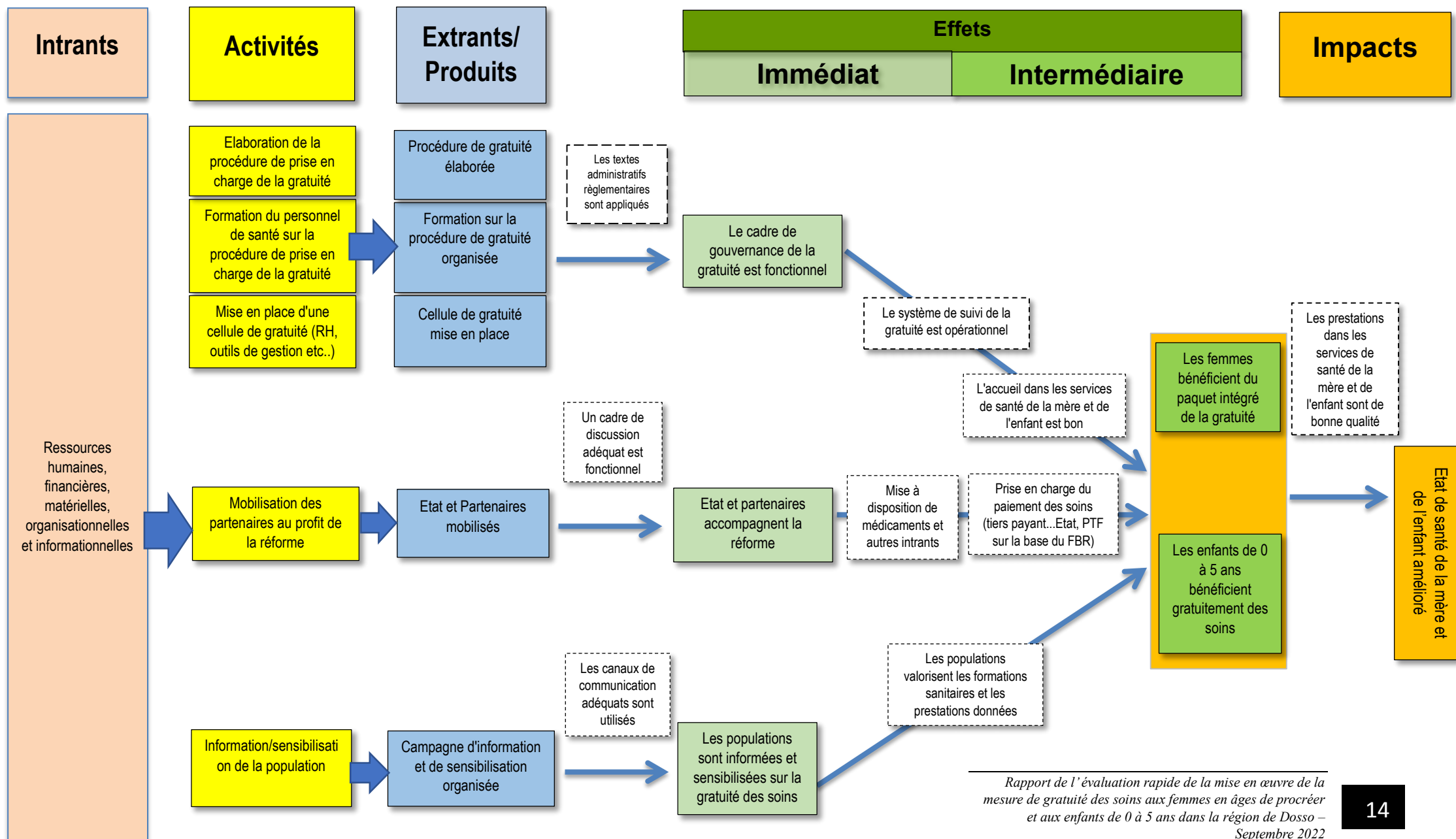
Ainsi, les femmes en âge de procréer et les enfants de zéro (0) à cinq (5) ans bénéficieront de la mesure et verront in fine, leur état de santé amélioré. Il faut toutefois noter que la matérialisation des vertus de la gratuité est tributaire d'un ensemble de conditions critiques ou hypothèses qui conditionnent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



2. ÉVALUATION DE LA MESURE

2.1. Objectifs de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation rapide 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 Dosso.

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 Dosso ;
- 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 Dosso ;
- 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 rapide de la mesure de la gratuité couvre sa mise en œuvre de 2006 à 2021.

2.2. 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 rapide, (ii) conception des outils de collecte (iii) collecte et traitement de données, (iv) devis d'évaluation rapide ; (v) stratégie d'évaluation rapide ; (vi) élaboration et validation du rapport.

2.2.1. Planification technique et opérationnelle de l'évaluation

La première phase de la mission a permis de disposer du référentiel de l'évaluation rapide. Il s'agit d'un document technique qui oriente l'équipe d'évaluation rapide 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 1^{er} et 2 juillet 2022 à Dosso, 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 rapide et de concevoir les outils de collecte de données.

2.2.2. Conception des outils de collecte de données

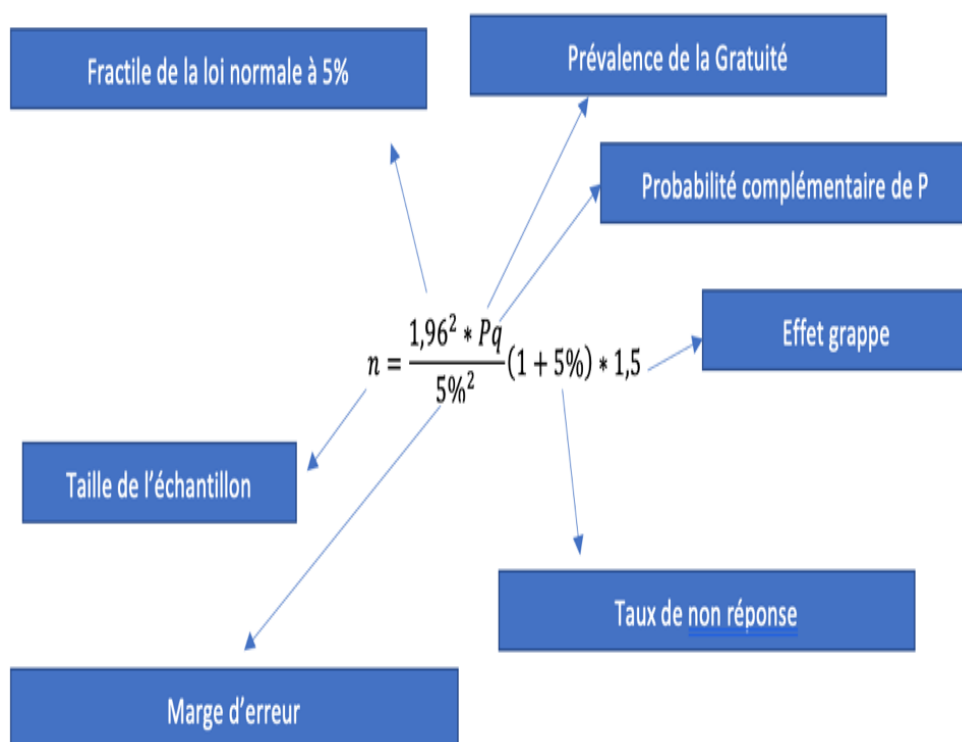
Pour les besoins de l'évaluation rapide et conformément à la matrice d'évaluation rapide, deux types d'outils sont utilisés, à savoir le guide d'entretien et le questionnaire ménage. Le guide d'entretien est destiné aux agents de santé des CSI, Hôpitaux de Districts et Hôpitaux Régionaux ainsi que les 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.

2.2.3. 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 **594**, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1 : Estimation de la taille de l'échantillon

Paquet de gratuité	Prévalence (%)	Taille échantillon
PF	56,6	594
Césarienne	1,6	39
CNPR1	78	415
CNPR4	35	551

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

EQUIPE 1	EQUIPE 2	EQUIPE 3	NB : tous les HD et CSME seront systématiquement interviewés						
			Entretien					Focus	
			Chef CSI	Gestionnaire	COGES	PTF	ONG	Communauté	Total
CSI Banikane	CSI Birni 2	CSI Afole	1	1	1	1	1	1	6
CSI Bella II	CSI Fabidji	CSI Doumega	1	1	1	1	1	1	6
CSI Hanam Tombo	CSI Haoulawal	CSI Fadama	1	1	1	1	1	1	6
	CSI Kanaré		1	1	1	1	1	1	6
CSI Kigoudou Koira	CSI Kankandi	CSI Kanda							
CSI Moribane	CSI Tinoma	CSI Kore Mairoua							
CSI Nakin Fada	CSI Goubezeyno	CSI Lido							
CSI Mangue Koira	CSI Falmey	CSI Nassaraoua							
CSI Bagna Gondi	CSI Bellande	CSI Bakin Tapki	1	1	1	1	1	1	6
CSI Goumande Seyni	CSI Irrah	CSI Dankatsari	1	1	1	1	1	1	6
CSI Tondobon	CSI Kotaki	CSI Goubey	1	1	1	1	1	1	6
CSI Babadey	CSI KOUBI SORI	CSI Kieche							
CSI Mayakidey	CSI Saboula	CSI Makourdi							
CSI Tessa	CSI Tchankargui	CSI Matankari							
CSI Toulmey	CSI Tiguey	CSI Birni Lokoyo							
CSI Gawassa	CSI Deytagui Attili	CSI Bouki	1	1	1	1	1	1	6
CSI Kassadebi	CSI Djambabadey	CSI Dar Salam	1	1	1	1	1	1	6
CSI Koutoumbou	CSI Mokko	CSI Kouro Beri							
CSI Tchangalla		CSI Madou							
CSI Yeldou	CSI Moussadeye Beri	CSI Malam Koira	1	1	1	1	1	1	6
CSI Youmbou	CSI Yeni	CSI Doutchi Nord							

EQUIPE 1	EQUIPE 2	EQUIPE 3	NB : tous les HD et CSME seront systématiquement interviewés						
			Entretien					Focus	Total
			Chef CSI	Gestionnaire	COGES	PTF	ONG	Communauté	
CSI Angoual Doka	CSI Zouzou Saney	CSI Sarkin Yara koira							
CSI Dioundou	CSI Lacouroussou	CSI Tegueze koara	1	1	1	1	1	1	6
CSI Adiga Lélé									
CSI Albarkaizé			1	1	1	1	1	1	6
CSI Gaya 1			1	1	1	1	1	1	6
CSI Gaya 2			1	1	1	1	1	1	6
CSI Gaya 3									
CSI Kouara N'Débé			1	1	1	1	1	1	6
CSI Niakoye Tounga									
CSI Bengou									
Total									90

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 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.

2.2.4. Devis de l'évaluation rapide

Le devis de l'évaluation rapide 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 rapide a été adopté par critère d'évaluation rapide.

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

L'évaluation rapide 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 rapide a consisté en l'analyse de la théorie de changement de la mesure.

- *Modèle d'évaluation rapide 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 rapide 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.

2.2.5. Stratégie d'évaluation rapide

Le devis d'évaluation rapide, les méthodes de collecte et d'analyse des données en lien avec les questions d'évaluation rapide traduisent globalement la stratégie d'évaluation rapide dont la

synthèse est présentée à travers la matrice d'évaluation rapide (**voir annexe 1**). Elle donne une vue synoptique de la planification technique et opérationnelle de l'évaluation rapide.

2.2.6. Élaboration du rapport d'évaluation rapide

L'élaboration du rapport provisoire s'est déroulée les 20 et 21 août 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 rapide. Le rapport a été monté et finalisé par l'équipe de consultants facilitateurs.

2.2.7. Limites de l'étude

Les choix méthodologiques utilisés dans le cadre de cette mission d'évaluation rapide 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.

3. RESULTATS DE L'EVALUATION

3.1. 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.

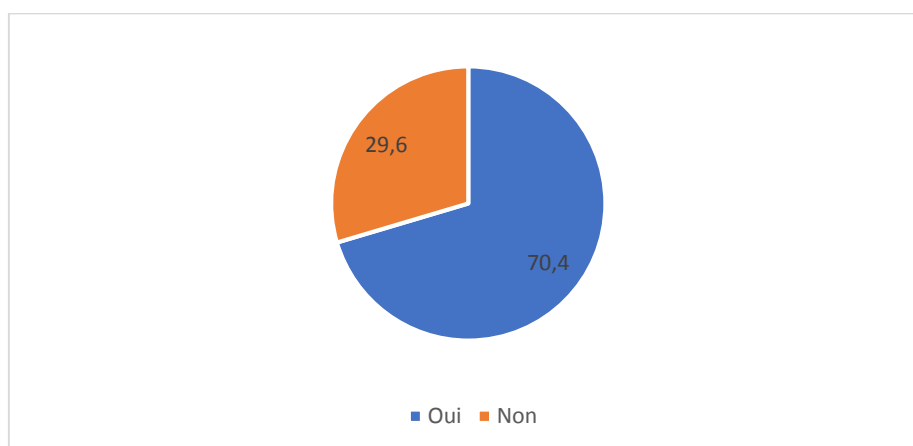
- **De la connaissance de la population de l'existence de la réforme**

Les résultats de l'analyse des données collectées montrent que presque la totalité de la population enquêtée est au courant de la mesure de la gratuité des soins. Pour les parties prenantes COGES et communautés, toutes les localités concernées ont déclaré avoir eu connaissance de la réforme sur la gratuite de soins. Quant aux ménages rencontrés, 97,6% 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 70,4% de la population enquêtée affirment que les paquets de la gratuité des soins répondent à leurs besoins réels contre 29,6% qui prétendent le contraire.

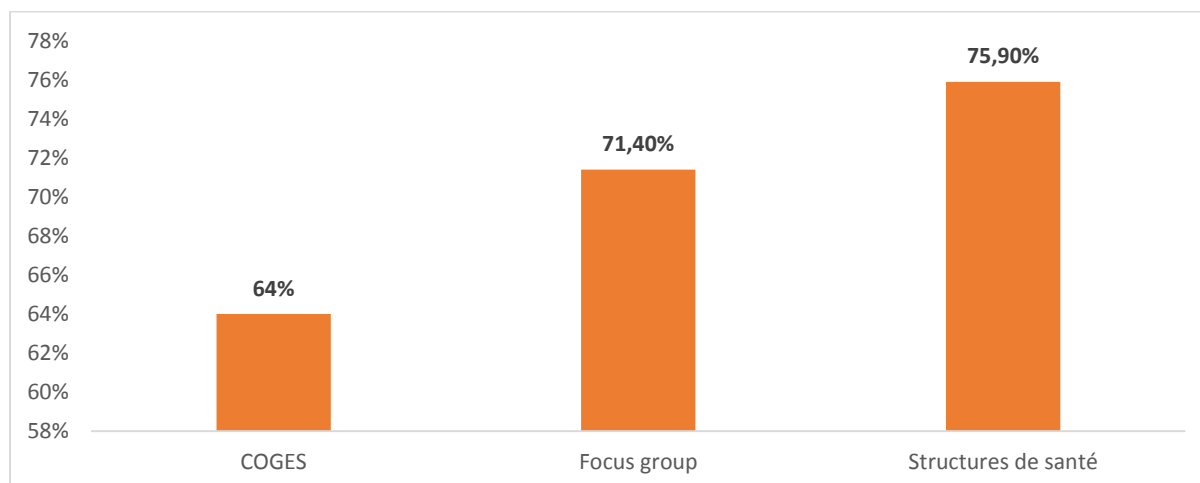
Figure 1: Répartition de la population enquêtée selon leur point de vue sur l'adéquation du paquet de gratuité avec les besoins.



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, 64% de ces acteurs reconnaissent l'adéquation des paquets de la gratuité avec les besoins réels de la population. Il importe de souligner que les COGES de Tibiri et de Dioundiou ont affirmé qu'il y a une inadéquation totale entre l'offre de gratuité et les besoins réels de la population.

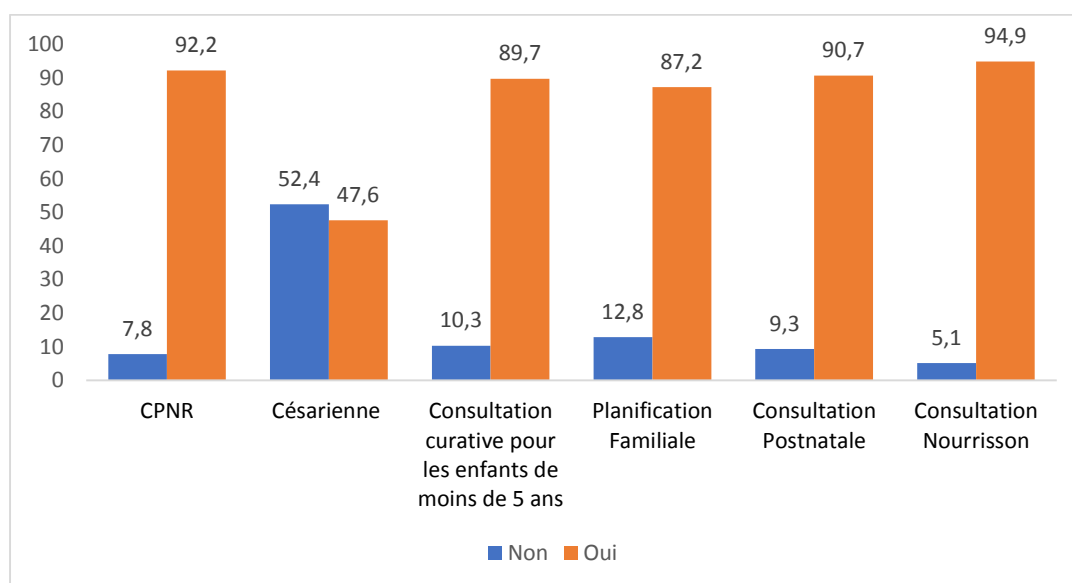
Au niveau des communautés, 71,4% ont répondu que les paquets de gratuité de soins sont adaptés à la demande de la population en matière de santé. Aussi, 75,9% des agents de santé ont-ils affirmé que les paquets de gratuité de soins répondent parfaitement aux besoins de la population.

Les agents de santé des districts de Boboye, Dioundiou et Loga sont unanimes que l'adéquation des paquets de gratuite de soins correspondent avec la demande de la population de ces localités. 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, 92,2% ont affirmé que l'offre est adaptée à leurs besoins.
- Quant à la gratuite de la césarienne, 52,4% des ménages ont déclaré que ce paquet ne répond pas à leurs attentes. A Loga, Dosso et Boboye, les proportions de ménages ayant déclaré que leurs attentes en matière de gratuite de césarienne ne sont pas satisfaites, s'établissent respectivement à 90,3%, 86,1% et 87,5%.

- S'agissant de la consultation curative pour les enfants de moins de 5 ans, 89,7% des ménages ont affirmé que les attentes sont satisfaites.
En ce qui concerne la gratuite en matière de planification familiale, 87,2% des ménages ont déclaré que leurs besoins sont satisfaits par l'offre de service.
Enfin, la consultation postnatale et la consultation de nourrissons, les ménages ont donné leurs niveaux de satisfaction qui sont respectivement de 90,7% et 94,9%.

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 rapide 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. 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 rapide a été mis en place à cet effet.

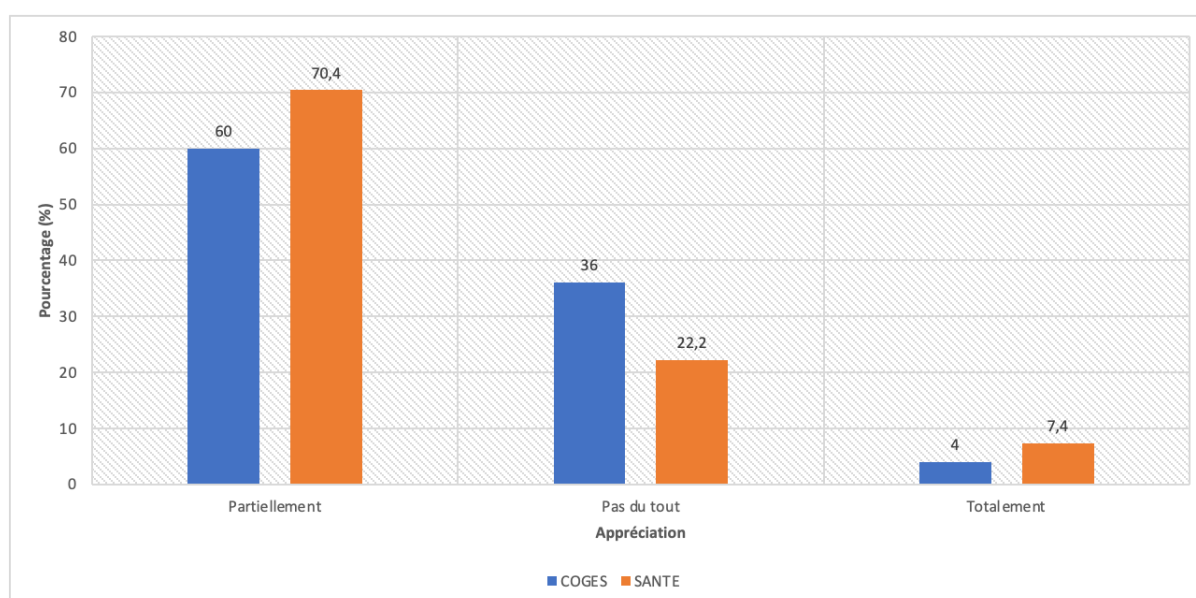
- **Cohérence des ressources avec les actions envisagées par la mesure**

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

Plus de la moitié 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. 60% pour les COGES et 70,4% 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 4% pour les COGES et 7,4% pour les agents de santé.

Figure 4 : Adéquation entre les ressources allouées et la prestation

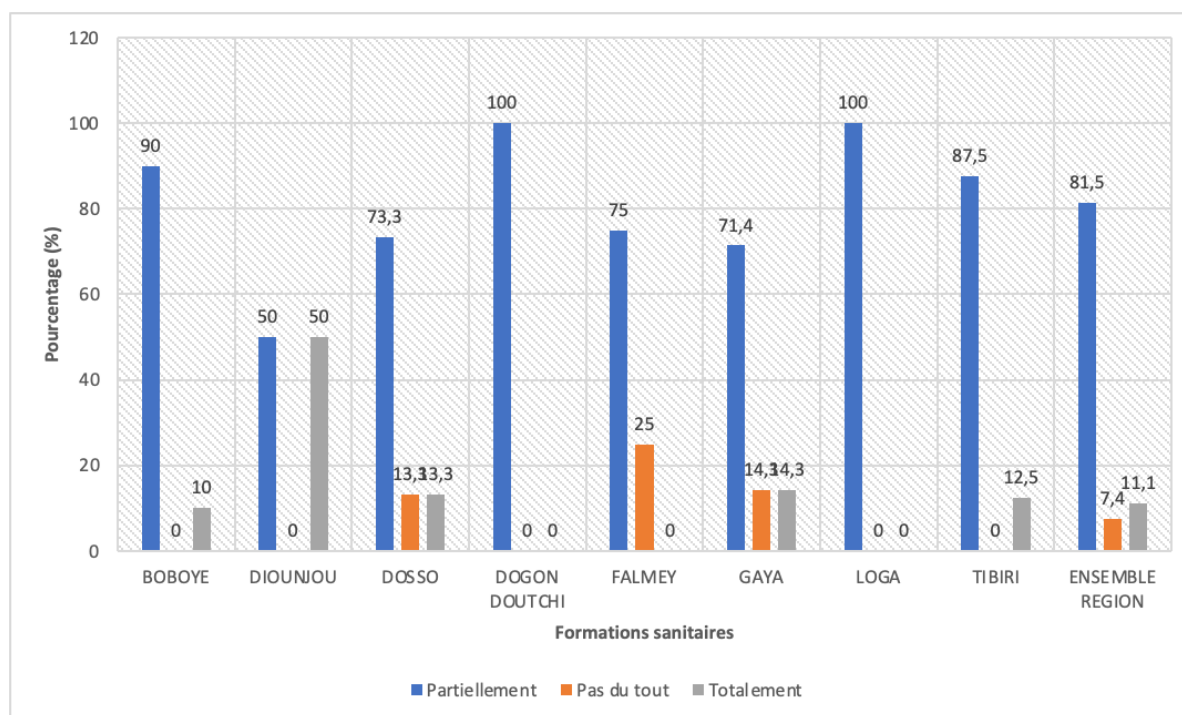


Source : Données de l'étude, 2022

***Adéquation entre les moyens et la demande de prestation**

Dans l'ensemble, plus de 3/4 des agents de santé interviewés ont jugé l'adéquation entre les moyens et la demande de prestations de services partielle. En outre, des disparités sont observées entre les districts sanitaires. L'adéquation entre les moyens et la demande de service jugée totale dans les Districts Sanitaires de Dogon Doutchi et Loga, alors qu'à Gaya ce taux est de 71,4%.

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 que son contenu répond à leurs besoins. Elle figure dans les documents successifs de politiques nationales et du secteur de la Santé. De par sa conception et son cadre de mise en œuvre, elle est censée améliorer les indicateurs des populations. 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.

3.2. 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 Dosso et l'analyse par les parties prenantes de l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure de gratuité.

3.2.1. Utilisation des services de la gratuité dans la région de Dosso

3.2.1.1. 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 Boboye a enregistré la moyenne la plus basse contre celui de Fawley qui enregistre la moyenne la plus élevée. Ces moyennes s'établissent respectivement à 41,22% et 140,32%. En outre, ces deux Districts enregistrent aussi les écarts types minimum et maximum soit respectivement 4,58% et 192,19%. Ce qui explique que le district de Boboye regorge moins de disparité des observations que le District de Fawley. La tendance à la hausse sur les 5 dernières années est observée dans les Districts de Dioundiou, Dogon Doutchi, Dosso, Fawley et Gaya. En revanche, la tendance à la baisse est observée dans les Districts Sanitaires de Boboye, Loga et Tibiri.

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

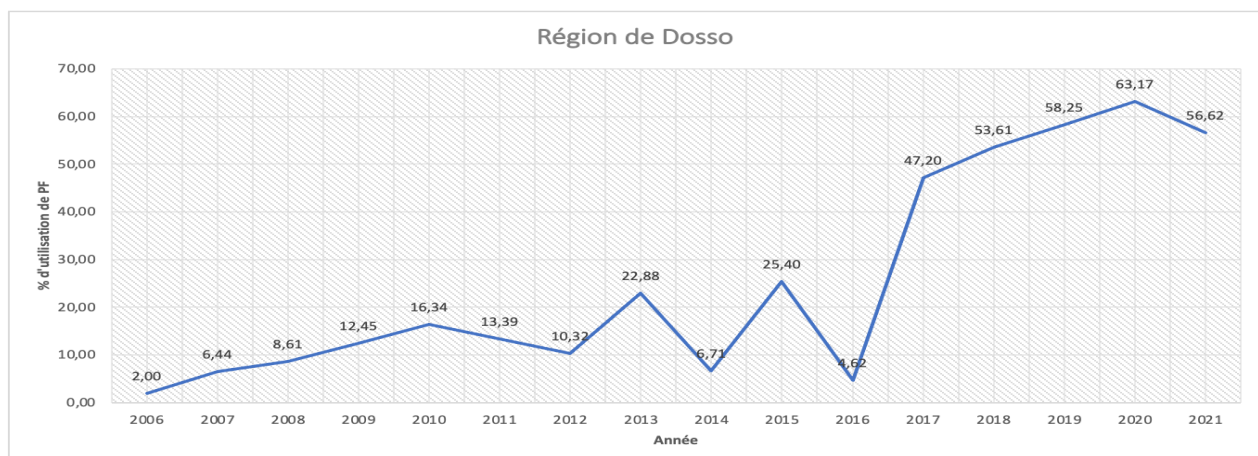
Année/ District	Boboye	Dioundiou	Dogon Doutchi	Dosso	Fawley	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	39,84	48,28	37,86	47,51	483,97	57,43	57,19	51,87	47,20
2018	43,91	57,66	42,12	54,36	46,05	66,57	62,11	60,32	53,61
2019	44,90	64,57	43,92	60,11	54,27	72,13	65,30	67,81	58,25
2020	43,64	73,24	50,58	64,42	61,15	80,41	68,01	72,90	63,17
2021	33,78	69,02	45,37	53,84	56,14	80,24	53,38	72,25	56,62
Moyenne	41,22	62,55	43,97	56,05	140,32	71,36	61,20	65,03	55,77
Ecart type	4,58	9,85	4,65	6,47	192,19	9,72	5,94	8,91	5,91
Minimum	33,78	48,28	37,86	47,51	46,05	57,43	53,38	51,87	47,20
Maximum	44,90	73,24	50,58	64,42	483,97	80,41	68,01	72,90	63,17
Tendance	Baisse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Baisse	Baisse	Hausse

Source : Annuaires statistiques, DS

Le graphique suivant révèle que le taux d'utilisation de planification familiale a eu une tendance à la hausse de 2006 à 2010. Cependant de 2010 à 2016, nous observons une évolution en dents de scie. Mais, de 2016 à 2020, les résultats montrent un pic d'utilisation de la planification familiale. 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 s à l'édifice dans l'acceptation du système et l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. En fin, nous pouvons affirmer que la politique de la planification familiale est une réussite dans la région de Dosso 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 Dosso



Source : *Annuaire statistiques, DS*

En termes de couple année protection, comme l'indique le tableau ci-dessous, le District Sanitaire de Boboye a enregistré la moyenne la plus basse contre celui de Falmey qui enregistre la moyenne la plus élevée. Ces moyennes sont respectivement de 14,53% et de 74,66%. Par ailleurs, le District de Dosso enregistre l'écart type le plus bas (2,02%) contre celui de Falmey enregistrant l'écart type le plus élevé (126%). Ce qui explique que le district Dosso regorge moins de disparité des observations que le District de Falmey.

La tendance à la hausse sur les 5 dernières années est observée dans les Districts Sanitaire de Dioundiou et Gaya. En outre, la tendance à la baisse est observée dans les Districts de Boboye, Dogon Douchi, Dosso, Falmey, Loga et Tibiri.

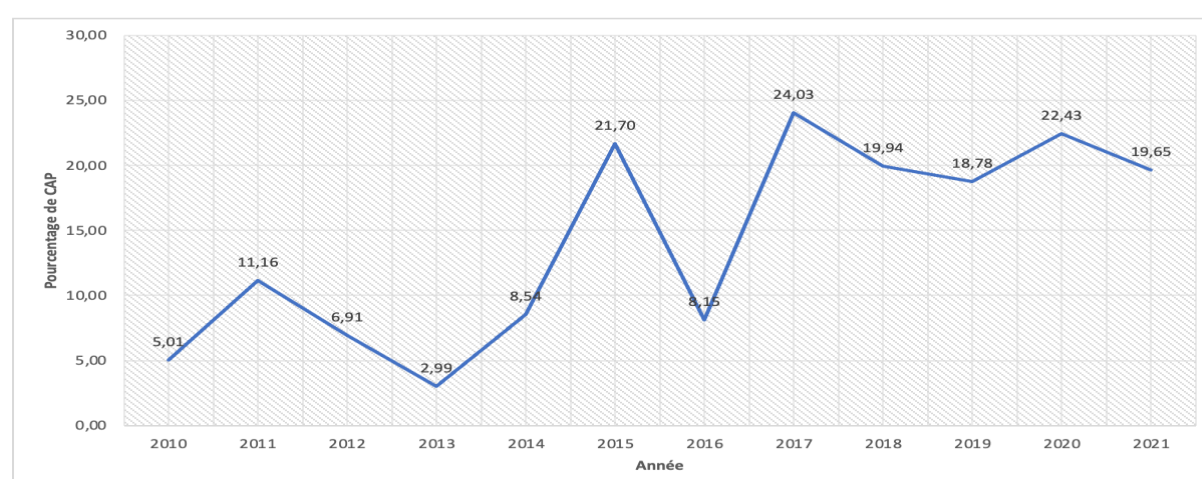
Tableau 4 : Récapitulatif de pourcentage des couples année protection par District sur le 5 dernières années

Année/ District	Boboye	Dioundiou	Dogon Doutchi	Dosso	Falmey	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	18,81	13,99	32,09	17,15	299,93	22,27	20,07	36,94	24,03
2018	16,53	14,59	20,41	12,28	13,19	21,63	42,66	23,99	19,94
2019	14,51	13,10	18,60	15,39	23,90	29,54	10,48	23,76	18,78
2020	12,99	21,04	28,65	15,05	21,00	41,19	9,30	26,66	22,43
2021	9,80	18,01	19,25	12,69	15,28	49,99	8,02	22,64	19,65
Moyenne	14,53	16,14	23,80	14,51	74,66	32,92	18,10	26,80	20,97
Ecart type	3,43	3,31	6,15	2,02	126,00	12,37	14,53	5,86	2,19
Minimum	9,80	13,10	18,60	12,28	13,19	21,63	8,02	22,64	18,78
Maximum	18,81	21,04	32,09	17,15	299,93	49,99	42,66	36,94	24,03
Tendance	Baisse	Hausse	Baisse	Baiss e	Baisse	Hausse	Baiss e	Baiss e	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. 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 Dosso



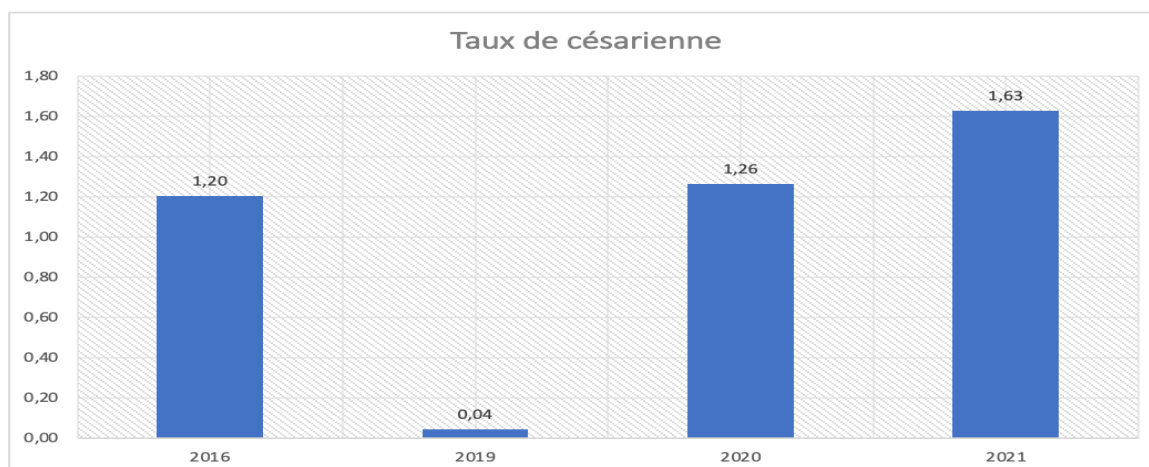
Source : *Annuaire statistiques, DS*

3.2.1.2. 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. Ce qui 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 Dosso



Source : Annuaires statistiques, DS

3.2.1.3. Les accouchements

Comme l'indique le tableau ci-dessous, le District Sanitaire de Dioundiou enregistre le taux moyen le plus faible des accouchements assistés par le personnel qualifié, contrairement à celui de Gaya enregistrant le taux le plus élevé. L'écart type le plus élevé est celui de Dioundiou contre celui de Tibiri enregistrant l'écart type le plus faible. Ce qui explique que le District de Tibiri regorge la moindre disparité des taux. Les districts de Dioundiou, Dogon Douchi et Falmey ont une tendance à la hausse sur l'augmentation du taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié contrairement aux Districts de Boboye, Dosso, Gaya, Loga et Tibiri enregistrant une tendance à la baisse. 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.

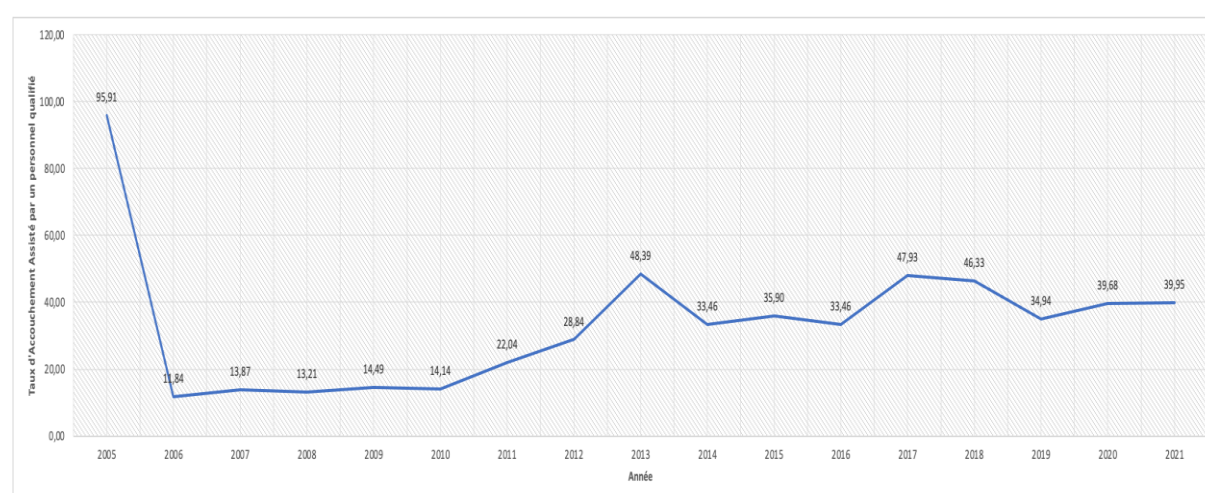
Tableau 5 : Taux d'accouchements assistés par personnel qualifié sur le 5 dernières années

Année/ district	Boboye	Dioundiou	Dogon Doutchi	Dosso	Falmeý	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	59,59	1,59	44,19	46,26	36,10	60,20	50,30	42,80	47,93
2018	50,80	35,69	39,51	35,69	42,20	62,05	42,85	47,96	46,33
2019	37,16	21,93	39,41	26,22	25,72	46,27	29,40	33,60	34,94
2020	40,33	28,19	44,75	30,14	35,73	50,40	33,78	37,84	39,68
2021	38,04	33,82	47,85	30,42	41,80	52,37	33,87	41,93	39,95
Moyenne	45,18	24,24	43,14	33,74	36,31	54,26	38,04	40,83	41,77
Ecart type	9,72	13,76	3,64	7,76	6,66	6,68	8,42	5,41	5,32
Minimum	37,16	1,59	39,41	26,22	25,72	46,27	29,40	33,60	34,94
Maximum	59,59	35,69	47,85	46,26	42,20	62,05	50,30	47,96	47,93
Tendance	Baisse	Hausse	Hausse	Baisse	Hausse	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse

Source : *Annuaire statistique, 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 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 statistique, DS*

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

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 Loga enregistre la moyenne et l'écart type les plus faibles proportionnellement à 74,73% et 2,91% contre le District Sanitaire de Dioundiou enregistrant la moyenne et l'écart type les plus élevés qui sont à l'ordre de 112,07% et 19,54%. Les Districts de Boboye, Dioundiou, Dogon Douchi et Tibiri ont enregistré les tendances à la baisse sur les consultations des nourrissons contrairement aux Districts Sanitaires de Dosso, Falmey et Loga enregistrant les tendances à la hausse sur les 5 dernières années. Globalement, sur les 5 dernières années, la tendance du taux de couverture de la consultation des nourrissons est constante.

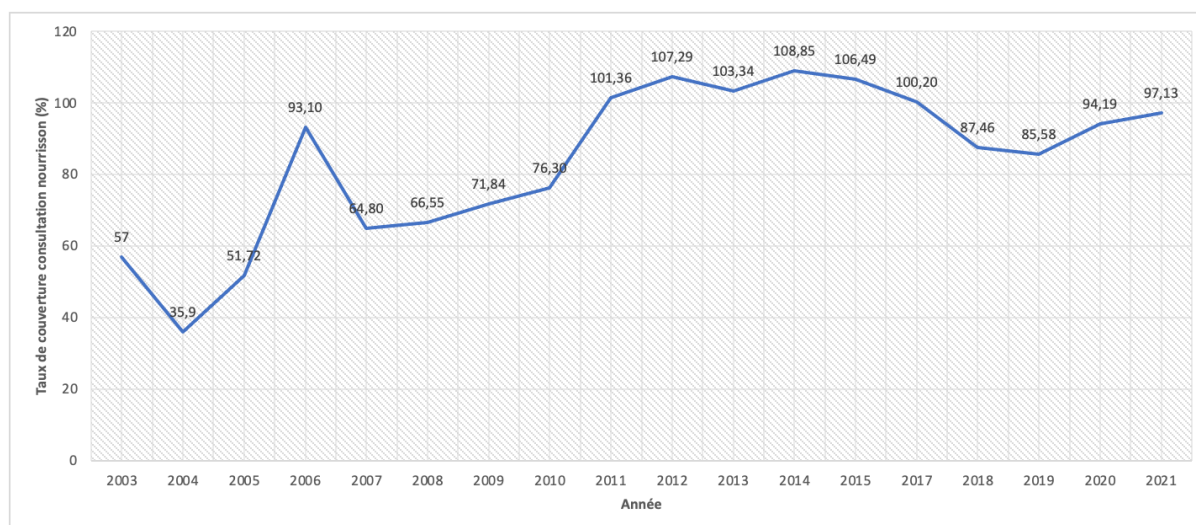
Tableau 6 : Taux de couverture des consultations des nourrissons sur les 5 dernières années

Année/ District	Boboye	Dioundiou	Dogon Douchi	Dosso	Falmey	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	84,24	138,04	116,88	82,83	119,70	112,99	73,15	106,16	100,20
2018	103,91	91,51	88,57	79,81	81,29	87,20	73,72	94,43	87,46
2019	81,61	94,39	93,73	75,12	97,59	84,03	72,39	99,08	85,58
2020	86,57	113,56	103,41	88,23	93,57	99,40	74,69	99,45	94,19
2021	86,64	122,84	99,03	89,47	114,86	110,85	79,72	99,12	97,13
Moyenne	88,60	112,07	100,32	83,09	101,40	98,89	74,73	99,65	92,91
Ecart type	8,81	19,54	10,80	5,95	15,78	13,23	2,91	4,19	6,24
Minimum	81,61	91,51	88,57	75,12	81,29	84,03	72,39	94,43	85,58
Maximum	103,91	138,04	116,88	89,47	119,70	112,99	79,72	106,16	100,20
Tendance	Baisse	Baisse	Baisse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Baisse	Constante

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 2014. 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 Dosso est présentée dans le tableau ci-dessous.

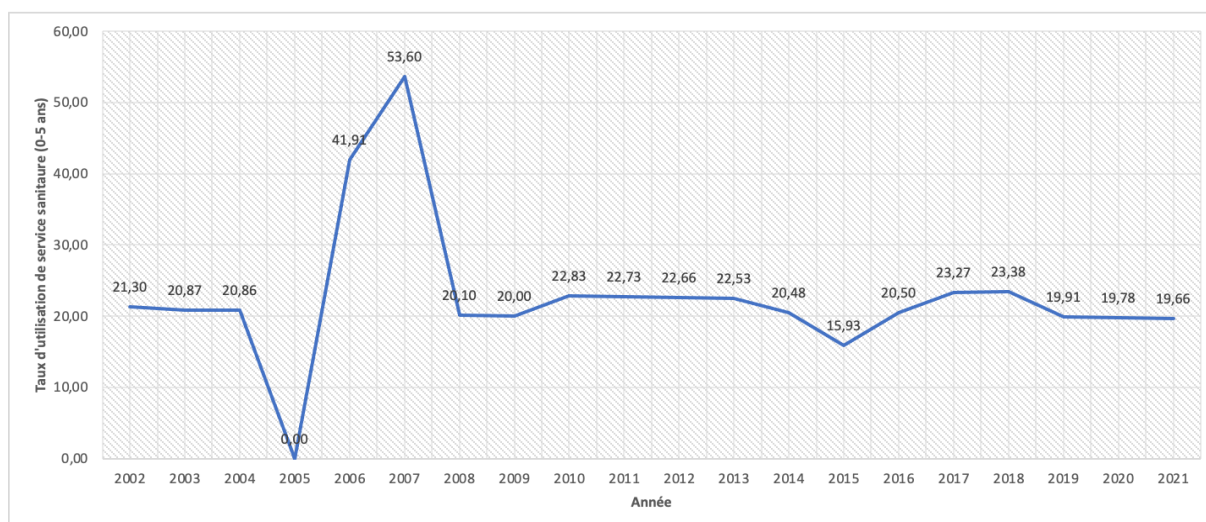
Il faut noter que Gaya a enregistré la moyenne la plus basse de 18,90% contre les autres Districts, enregistrant une moyenne de 21,20%. En outre, le District de Boboye a un écart type le plus bas de 1,67% contre les autres Districts ayant un écart type uniforme de 1,94%. Ainsi, une tendance à la baisse est observée sur les cinq dernières années dans tous les Districts Sanitaires excepté le District de Gaya. La tendance globale de la Région de Dosso en utilisation de service de santé des enfants de moins de 5 ans sur les 5 dernières années a baissé. 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)

Année / Districts	Boboye	Dioundiou	Dogon Douchi	Dosso	Falmey	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	19,34	23,27	23,27	23,27	23,27	23,27	23,27	23,27	23,27
2018	23,38	23,38	23,38	23,38	23,38	11,87	23,38	23,38	23,38
2019	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91	19,91
2020	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78
2021	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66	19,66
Moyenne	20,41	21,20	21,20	21,20	21,20	18,90	21,20	21,20	21,20
Ecart type	1,67	1,94	1,94	1,94	1,94	4,21	1,94	1,94	1,94
Minimum	19,34	19,66	19,66	19,66	19,66	11,87	19,66	19,66	19,66
Maximum	23,38	23,38	23,38	23,38	23,38	23,27	23,38	23,38	23,38
Tendance	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse	Hausse	Baisse	Baisse	Baisse

Source : Annuaire statistiques, DS

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



Source : Annuaires 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.

3.2.1.5. Situation globale de l'utilisation des services

L'utilisation de service de santé sur les cinq dernières années dans la région de Dosso est en augmentation significative. En s'intéressant aux situations des Districts Sanitaires, on note que le District Sanitaire de Dioundiou a enregistré la moyenne la plus basse de la Région par rapport au District de Gaya qui a enregistré la moyenne la plus élevée. Ces moyennes sont respectivement de 42,38% et 57,74%. En outre, le District de Loga a un écart type le plus faible de 0,93% par rapport au district de Dogon Doutchi qui a un écart type plus élevé de 1,20%. Une tendance à la hausse est observée sur les cinq dernières années dans les Districts Sanitaires de Boboye, Dogon Doutchi, Dosso, Gaya, Loga et Tibiri, et une tendance à la baisse est observée dans les Districts de Dioundiou et Falmei.

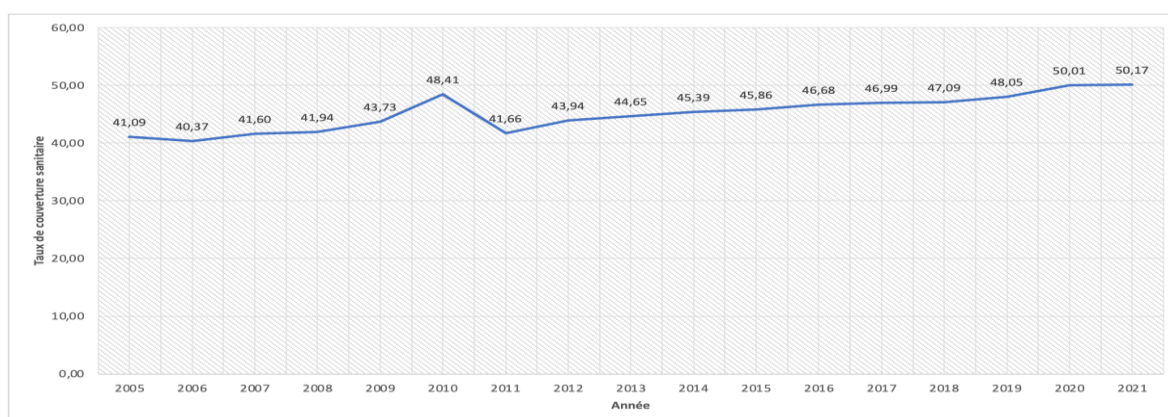
Tableau 8: Taux global d'utilisation des services

Année - District	Boboye	Dioundiou	Dogon Doutchi	Dosso	Falmey	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	45,10	52,82	43,57	45,16	52,01	51,89	51,10	45,10	46,99
2018	50,05	37,11	43,28	45,98	40,26	58,08	51,11	44,96	47,09
2019	50,91	37,11	43,96	46,55	45,52	58,00	51,11	47,52	48,05
2020	52,99	38,63	45,76	48,45	47,37	60,37	53,19	49,46	50,01
2021	52,99	46,25	45,76	48,14	47,37	60,37	51,11	49,46	50,17
Moyenne	50,41	42,38	44,47	46,86	46,51	57,74	51,52	47,30	48,46
Ecart type	3,23	6,95	1,20	1,41	4,24	3,47	0,93	2,22	1,54
Minimum	45,10	37,11	43,28	45,16	40,26	51,89	51,10	44,96	46,99
Maximum	52,99	52,82	45,76	48,45	52,01	60,37	53,19	49,46	50,17
Tendance	Hausse	Baisse	Hausse	Hausse	Baisse	Hausse	Hausse	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*

3.2.2. Évolution de quelques indicateurs de santé

3.2.2.1. Taux de décès à la naissance

Le décès à la naissance est vécu diversement dans tous les districts de la Région de Dosso. La plus grande moyenne et écart type sont observés au niveau du Centre de Santé Mère et Enfant (CSME). Par contre, le district de Tibiri enregistre les taux les plus faibles de la Région. Ces résultats de CSME sont dus au 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 baisse sur les cinq dernières années au niveau des CSME, des Districts Sanitaires de Boboye et Dioundiou contrairement aux Districts Sanitaires de Dogon Doutchi, Dosso, Falmey, Gaya, Loga et Tibiri enregistrant une tendance à la hausse 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.

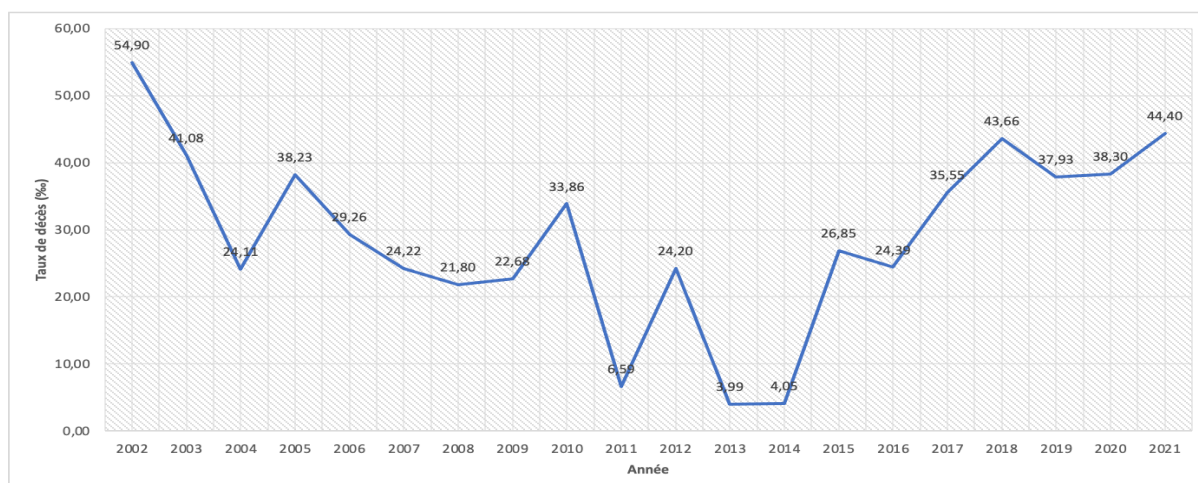
Tableau 9: Taux de décès à la naissance sur les cinq dernières années

Année/ Structure	CSME Dosso	Boboye	Dioundiou	Dogon Doutchi	Dosso	Falmey	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	185,67	65,96	28,71	29,60	14,53	19,39	31,80	38,87	14,44	35,55
2018	210,16	53,18	53,61	45,66	23,76	15,33	42,47	36,14	17,69	43,66
2019	155,24	44,60	44,22	35,08	14,89	19,77	51,11	32,43	14,97	37,93
2020	169,95	38,20	35,20	37,88	24,78	31,51	43,64	41,47	15,62	38,30
2021	185,83	35,85	35,92	46,28	19,08	37,51	66,04	52,88	24,67	44,40
Moyenne	181,37	47,56	39,53	38,90	19,41	24,70	47,01	40,36	17,48	39,97
Ecart type	20,50	12,29	9,61	7,11	4,80	9,37	12,67	7,76	4,20	3,86
Minimum	155,24	35,85	28,71	29,60	14,53	15,33	31,80	32,43	14,44	35,55
Maximum	210,16	65,96	53,61	46,28	24,78	37,51	66,04	52,88	24,67	44,40
Tendance	Baisse	Baisse	Baisse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Source : Annales 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 2016, les résultats montrent une évolution en dents de scie de 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 : *Annuaire statistiques, DS*

3.2.2.2. Taux de mortalité maternelle

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

Tableau 10 : Taux de mortalité maternelle (‰)

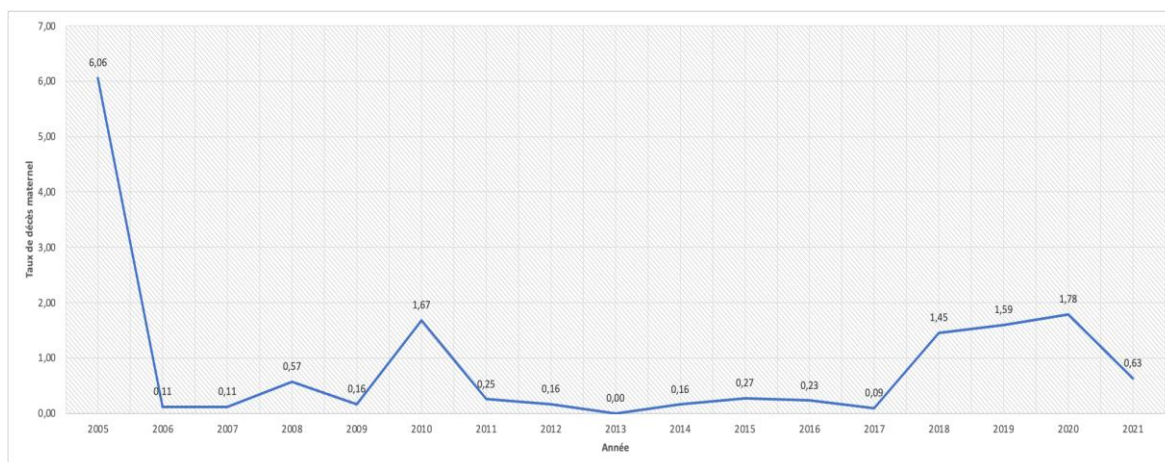
Année / District	Boboye	Dioundou	Dogon Douchi	Dosso	Falmey	Gaya	Loga	Tibiri	Région Dosso
2017	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,09
2018	1,51	0,00	1,40	0,04	0,67	1,26	1,58	0,00	1,45
2019	1,26	1,19	1,32	0,06	0,28	2,87	0,74	0,48	1,59
2020	3,83	0,00	0,94	0,03	3,67	2,09	1,76	0,00	1,78
2021	1,24	0,00	1,46	0,03	0,26	0,94	0,78	0,00	0,63
Moyenne	1,57	0,24	1,05	0,03	0,98	1,43	0,97	0,11	1,11
Ecart type	1,39	0,53	0,55	0,02	1,52	1,10	0,71	0,21	0,72
Minimum	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09
Maximum	3,83	1,19	1,46	0,06	3,67	2,87	1,76	0,48	1,78
Tendance	Hausse	Constante	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Baisse	Hausse

Source : *Annuaire statistiques, DS*

L'analyse de cet indicateur sur la période 2005-2021 révèle que le taux de mortalité maternelle était élevé en 2005 avant 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 2006. 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 (‰)



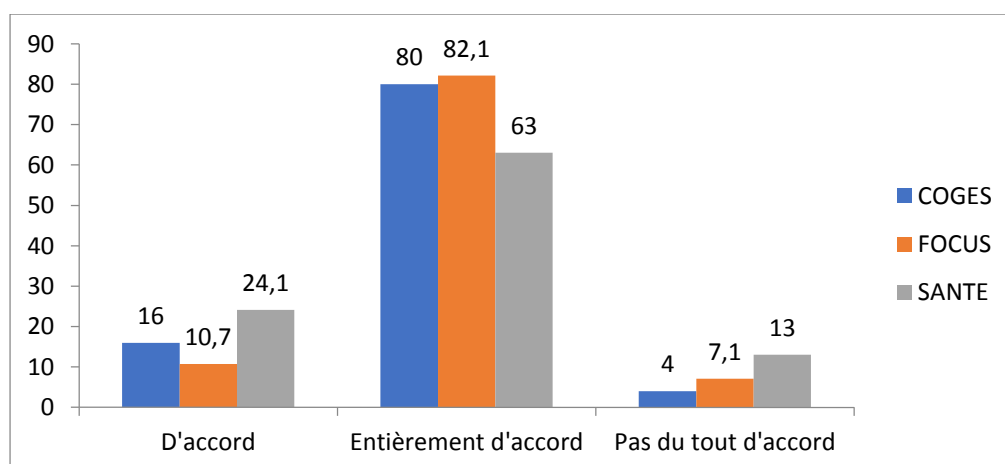
Source : *Annuaire statistiques, DS*

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

3.2.2.3. 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 Dosso 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 4%, 7,1% et 13% respectivement pour le COGES, la communauté et les agents de santé.

Figure 15 : Effectivité de la gratuité des soins



Source : *Données de l'étude, 2022*

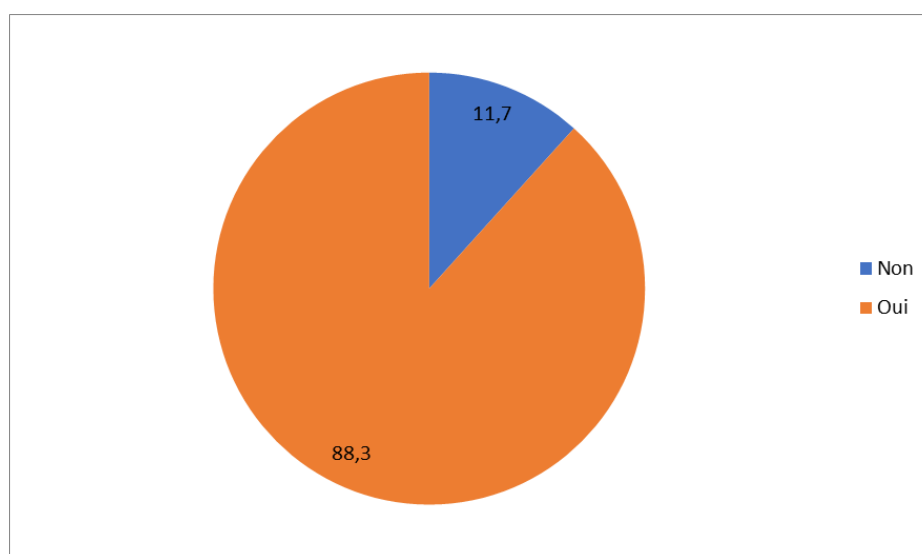
3.2.2.4. Appréciation des actions mises en œuvre dans le cadre de la réforme

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

3.2.2.4.1. Sensibilisation sur la gratuité

88,3% de la population de la région de Dosso affirme être sensibilisée sur la gratuité de soins contre 11,7% qui déclarent non.

Figure 16 : Sensibilisation sur la gratuité des soins

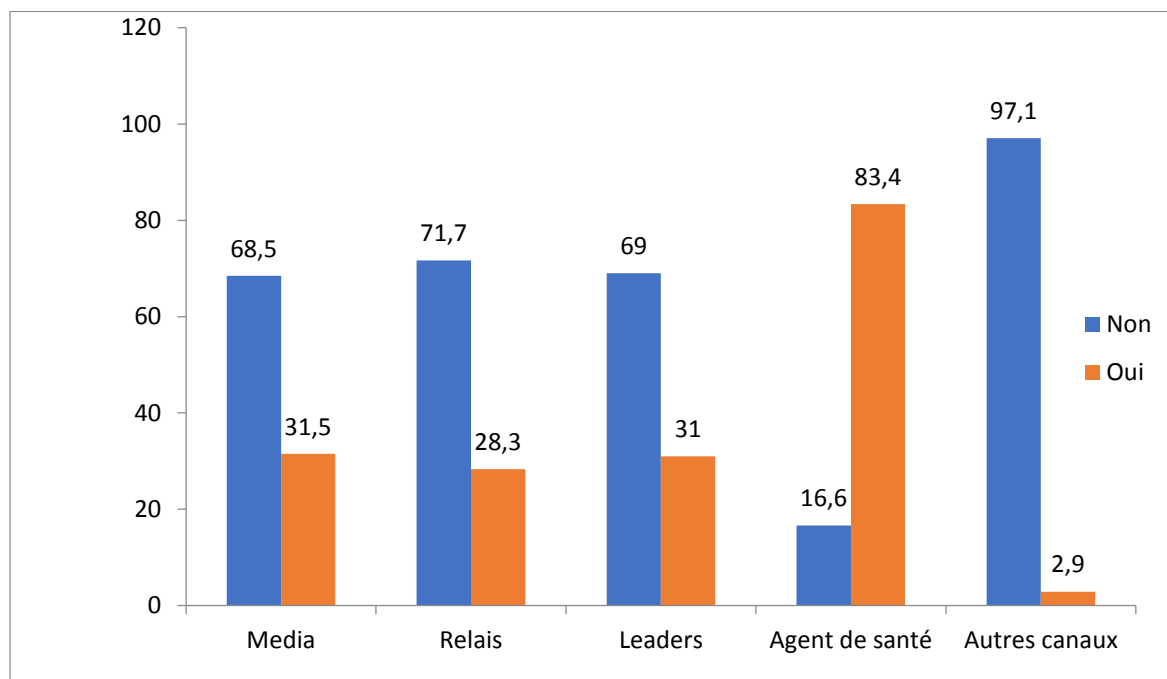


Source : Données de l'étude, 2022

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 (84,4%) 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%)

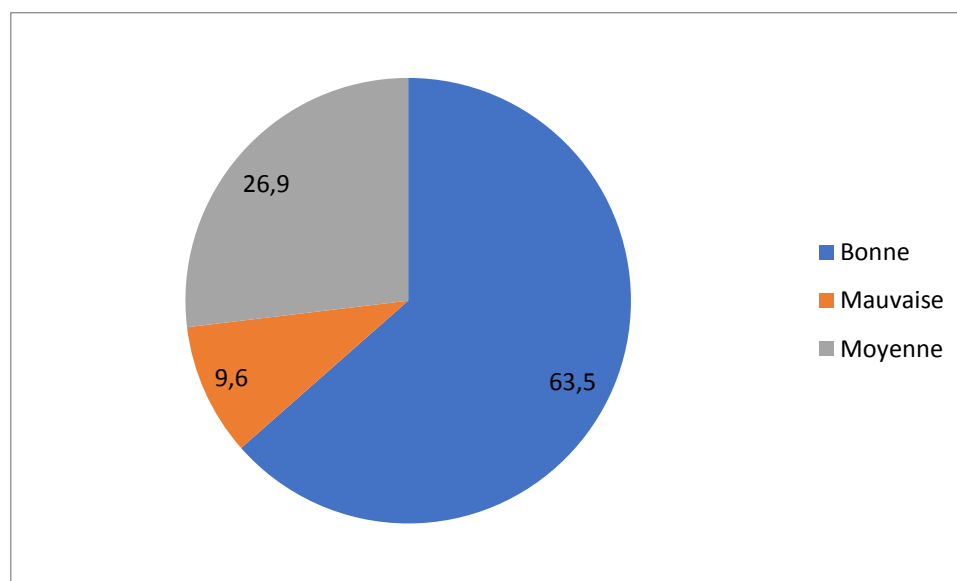
Figure 17 : Canaux de communication utilisés



Source : Données de l'étude, 2022

Le graphique montre que 63,5% des ménages trouvent bonne l'efficacité des canaux de communication. 26,9% les trouvent moyens et 9,6% jugent mauvaise l'efficacité des canaux de communication.

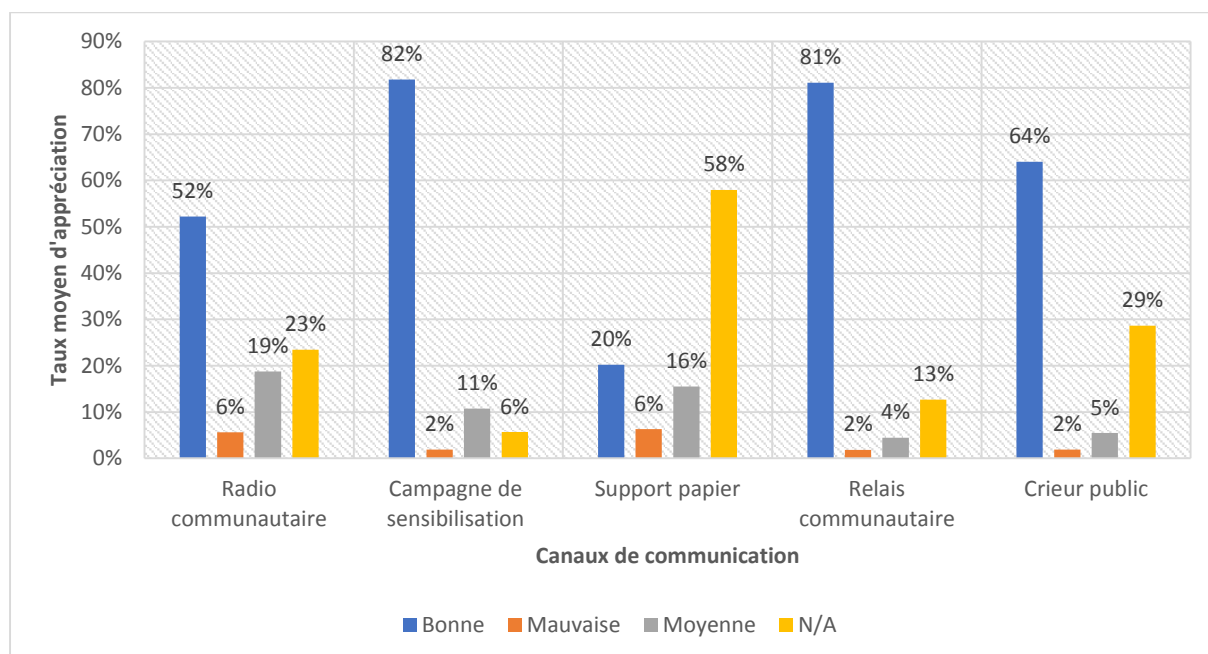
Figure 18 : Efficacité globale des canaux de communication sur la gratuité de soins



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 Dosso. Il s'agit de la campagne de sensibilisation, des relais communautaires et des crieurs publics.

Figure 19 : Appréciation spécifique des canaux de communication utilisés

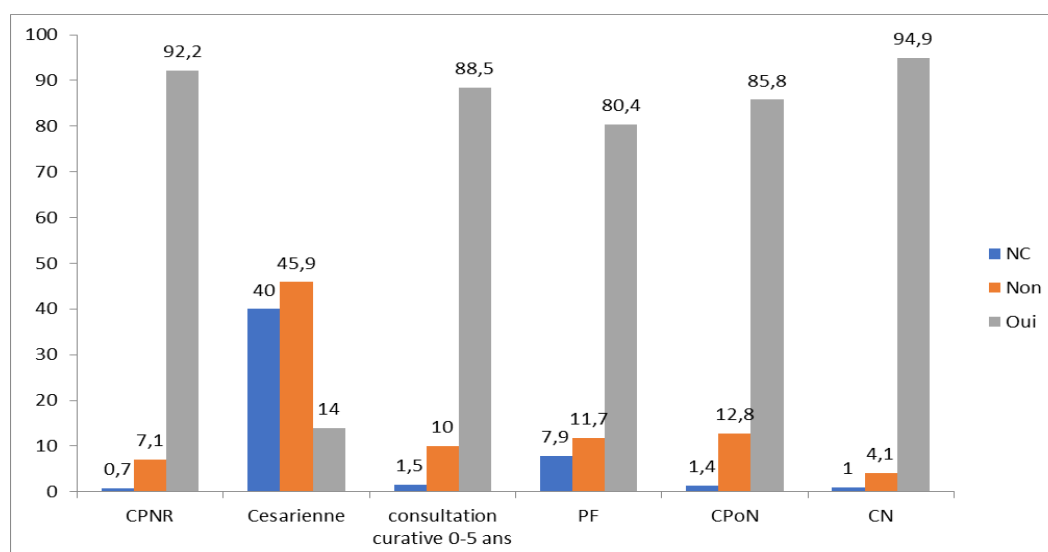


Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.2. 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 92,2%, 88,5% ,80,4%, 85,8 et 94,9%. Par contre, 14% des ménages ont bénéficié de la césarienne.

Figure 20 : Parmi le paquet de la gratuité de soins, lesquels avez-vous bénéficié



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.3. 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 Dosso. Il ressort que 71,1% des femmes enquêtées déclarent être pris en charge en moins d'une heure, 18,4% sont prises en charge entre 1h à 3h et 10,5% sont prises en charge au-delà de 3h.

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

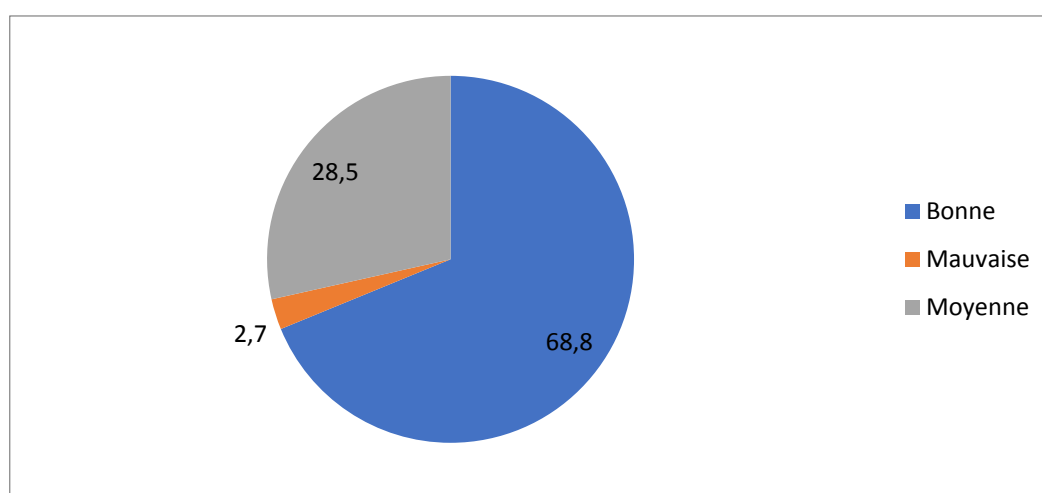
Département	Moins 1h	De 1h à 3h	Supérieur à 3h
BOBOYE	95,8	4,2	0
DIOUNDIYOU	50	44,6	5,4
DOSSO	79,8	17,4	2,8
DOUTCHI	85,9	12,5	1,6
FALMEY	95	5	0
GAYA	17,2	43,8	39,1
LOGA	36,2	23,6	40,3
TIBIRI	100	0	0
Ensemble Région	71,1	18,4	10,5

Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.4. 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 68,8% des ménages jugent bonne l'organisation, 28,5% la jugent moyenne et 2,7% estiment que cette organisation est mauvaise.

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



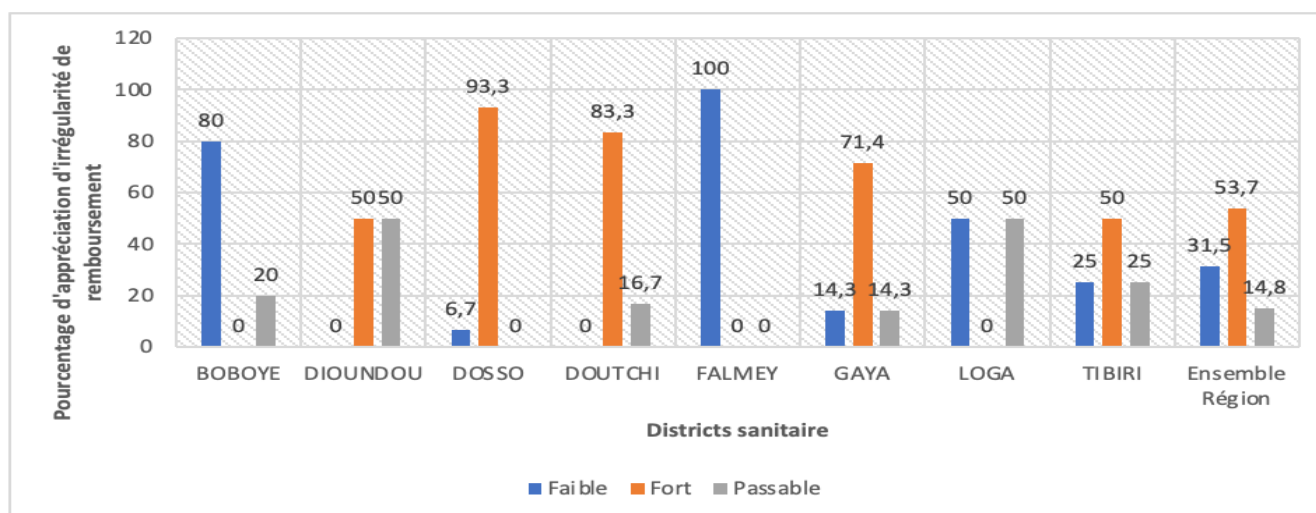
Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.5. 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 l'irrégularité des remboursements est forte. En effet, la majorité des interviewés ont affirmé qu'il y'a une irrégularité de remboursement.

Figure 22 : Appréciation des irrégularités des remboursements

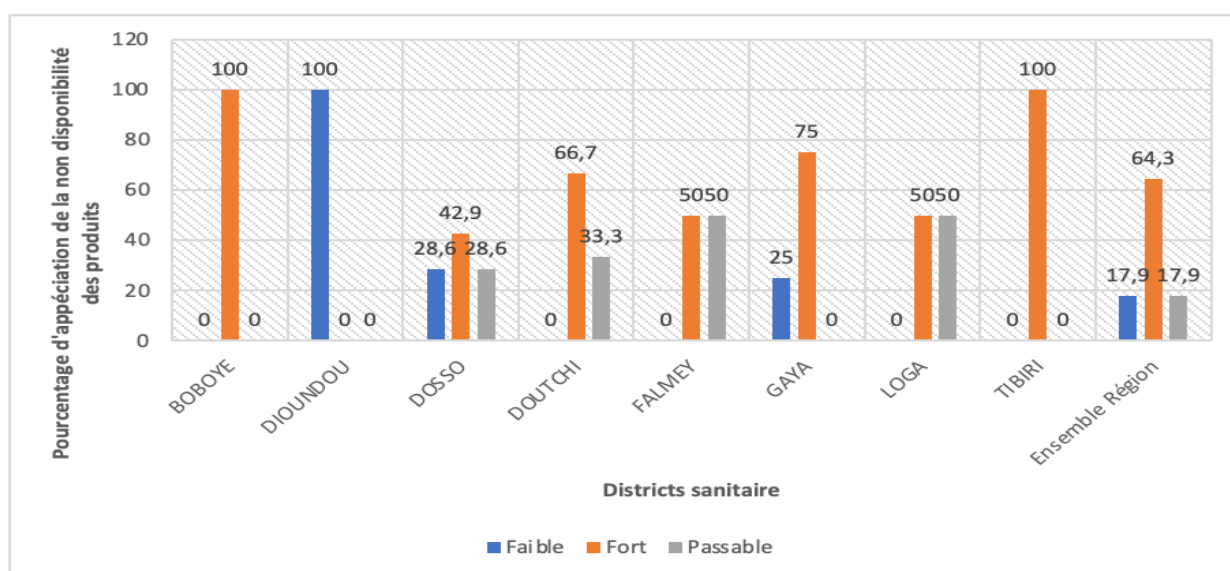


Source : Données de l'étude, 2022

• **Disponibilité des médicaments**

Le graphique ci-dessous montre que la majorité des répondants affirme une forte rupture des produits pharmaceutiques. Cette rupture est liée à l'accumulation progressive des dettes enregistrées au niveau des formations sanitaires. On constate que cette rupture est forte dans tous les Districts sanitaires excepté le District de Dioundiou.

Figure 23 : Appréciation de la non-disponibilité des produits

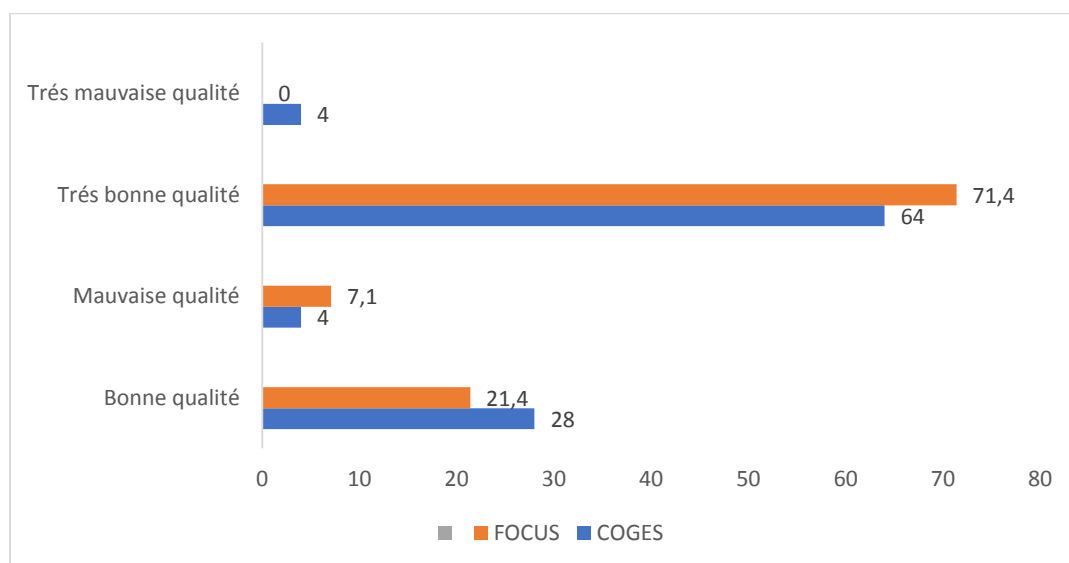


Source : Données de l'étude, 2022

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

La population interrogée est satisfaite (45,1%) ou très satisfaite (43,6%) de la qualité de l'accueil dans les formations sanitaires. L'avis du reste de la population est partagé entre la faible satisfaction (10,5%) et l'insatisfaction (0,8%).

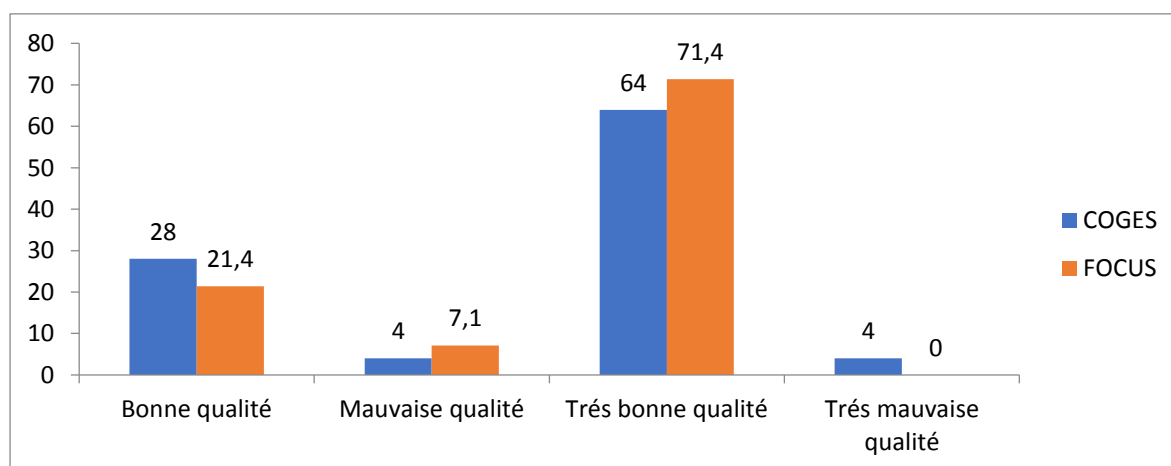
Figure 24 : Appréciation de l'accueil dans les services de santé par les populations



Source : Données de l'étude, 2022

Les membres des COGES et les membres de la communauté trouvent l'accueil de très bonne qualité respectivement à hauteur de 64% et 71,4%.

Figure 25 : Appréciation de l'accueil dans les services de santé par les autres parties prenantes



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.7. *Appréciation des prestations dans les services de santé*

Plus de la moitié (53,7%) de la population est satisfaite de la qualité des soins dans les formations sanitaires. 38,9% est très 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 Dosso et Gaya respectivement à hauteur de 1,4% et 1,6%.

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

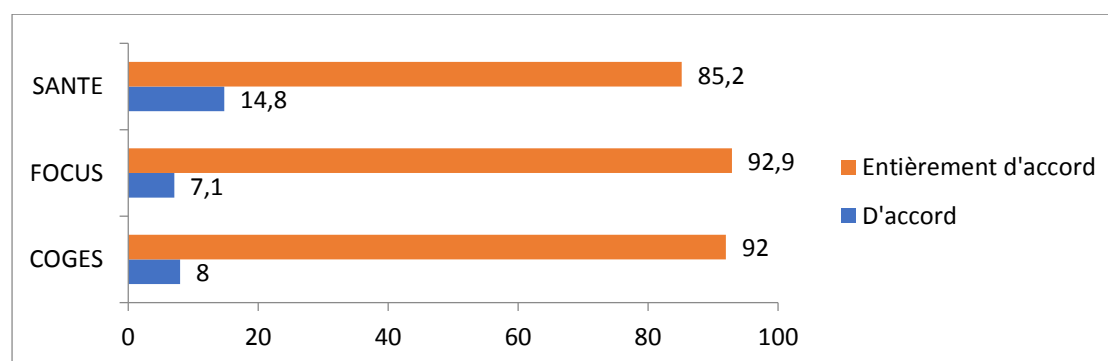
Département	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
BOBOYE	0	2,1	63,5	34,4
DIOUNDIYOU	0	10,7	17,9	71,4
DOSSO	1,4	6,9	63,9	27,8
DOUTCHI	0	1,6	12,5	85,9
FALMEY	0	0	95	5
GAYA	1,6	7,8	75	15,6
LOGA	0	20,8	56,9	22,2
TIBIRI	0	3,6	35,7	60,7
Ensemble Région	0,5	6,9	53,7	38,9

Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.8. *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 Dosso. Comme l'indique le graphique ci-dessous, 92% des membres des COGES, 92,2% des communautés interrogées en focus et 85,2% des agents de santé partagent cet avis.

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

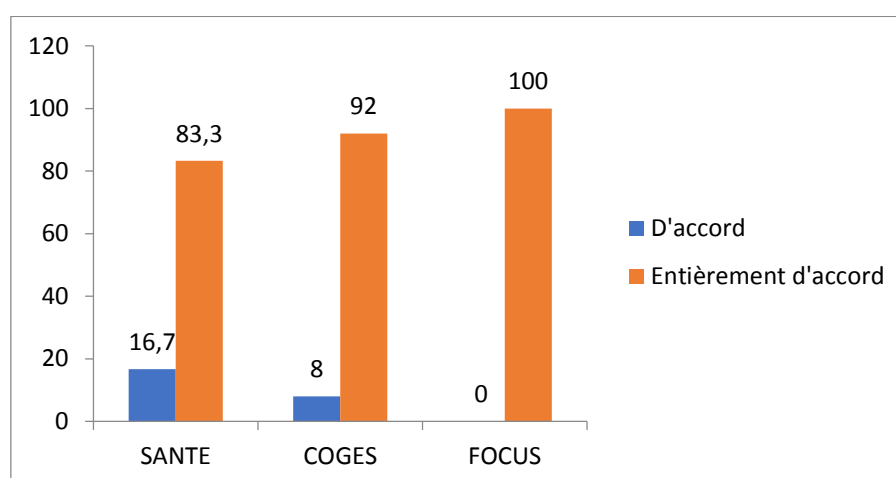


Source : Données de l'étude, 2022

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

L'ensemble des acteurs est en 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 group organisés est unanime sur ces constatations. Plus de huit agents de santé sur dix (83,2%) et 92% 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 Dosso



Source : Données de l'étude, 2022

3.2.2.4.10. *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, 89,6% font recours aux formations sanitaires en cas de maladie. Toutefois, dans le département de Douthi, 29,7% font recours aux tradipraticiens et un individu sur quatre, fait recours à l'automédication à Tibiri.

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

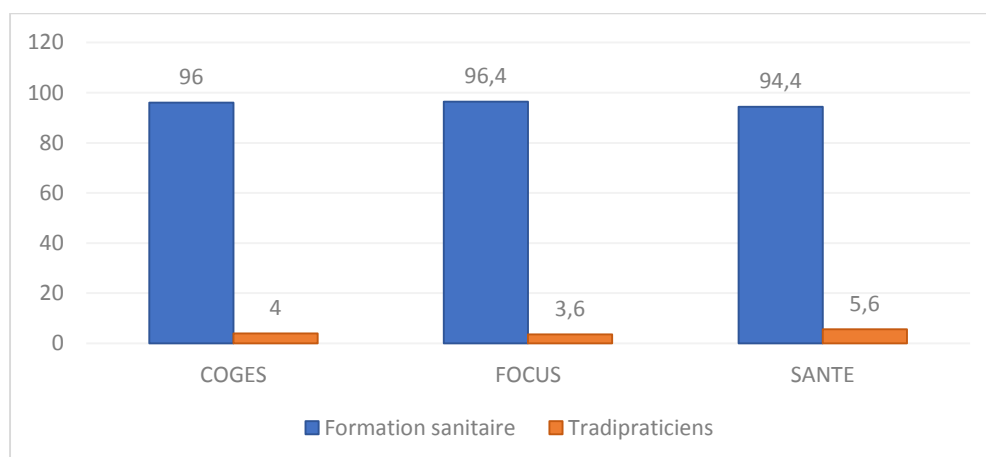
Département	Automédication	Formation sanitaire	Tradipraticiens
BOBOYE	2,1	95,8	2,1
DIOUNDIYOU	0	100	0
DOSSO	6,3	93,8	0
DOUTCHI	6,3	64,1	29,7

Département	Automédication	Formation sanitaire	Tradipraticiens
FALMEY	2,5	97,5	0
GAYA	10,9	89,1	0
LOGA	4,2	95,8	0
TIBIRI	23,2	76,8	0
Ensemble Région	6,6	89,9	3,5

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. Les populations ont bénéficié du paquet de gratuité mais déplorent la rupture fréquente des intrants de santé et le fonctionnement de dispositif de mise en œuvre de la gratuité. Des marges de progression existent en ce qui concerne la disponibilité des intrants de santé qui est tributaire de la régularité de remboursement par l'Etat des factures des prestations et entrants

3.3. 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'efficacité 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 2007 à 2022. Il ressort que le taux de remboursement des factures liées à la gratuité de soins de la région de Dosso est de 38%. Cependant, il existe des disparités de remboursement entre les structures sanitaires. En effet, le taux le plus élevé de remboursement est observé à Dogon Doutchi (52%) tandis que le plus faible est enregistré à Falmey (4%).

Tableau 14 : Situation de remboursement de la gratuité de 2007 à juin 2022 par structure

Structures sanitaires	Montant total des factures envoyées	Montant total des factures remboursées	Montant à recouvrer	Taux de remboursement
BOBOYE	1 284 716 930	423 627 347	861 089 583	33%
DIOUNDIYOU	67 994 820	///	///	///
DOGON DOUTCHI	1 514 384 285	794 554 735	719 829 550	52%
DOSSO	1 272 449 465	439 188 942	833 260 523	35%
FALMEY	30 899 210	1 267 500	29 631 710	4%
GAYA	1 819 045 460	715 736 460	1 103 309 000	39%
LOGA	530 230 550	217 636 561	312 593 989	41%
TIBIRI	69 379 001	///	///	///
CHR	1 813 305 000	921 928 469	891 376 531	51%
CSME	1 367 729 250	186 060 000	1 181 669 250	14%
TOTAL	9 770 133 971	3 700 000 014	6 070 133 957	38%

Source : Données de l'étude, 2022

Lorsque l'on met ce taux de remboursement en lien avec l'appréciation des parties prenantes de l'effectivité de la mesure, on note que pour un taux de remboursement de 38%, respectivement 80%, 82, 1% et 63% des membres des COGES, de la Communauté et des agents de santé sont entièrement d'accord quant à l'effectivité de la mesure de gratuité. Il en ressort ainsi qu'avec la modestie du financement, la mesure a été offerte aux populations bien qu'elles soient insatisfaites de la prestation des soins (38,9%)

Encadré 3 : Analyse de l'efficience

En termes d'efficience, nous pouvons dire que malgré le faible taux de remboursement des factures les populations cibles ont reconnu dans leur majorité l'effectivité de la mesure de gratuité. Toutefois le surendettement des formations sanitaires, dû à ces arriérés des factures, ne permet pas à ces structures sanitaires de fournir adéquatement et régulièrement tout le paquet associé à la gratuité de soins afin de satisfaire les bénéficiaires. Ce problème de remboursement est la source principale de rupture des produits et affecte aussi la capacité des formations sanitaires à donner entière satisfaction aux populations en ce qui concerne la qualité des consultations et des soins offerts.

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

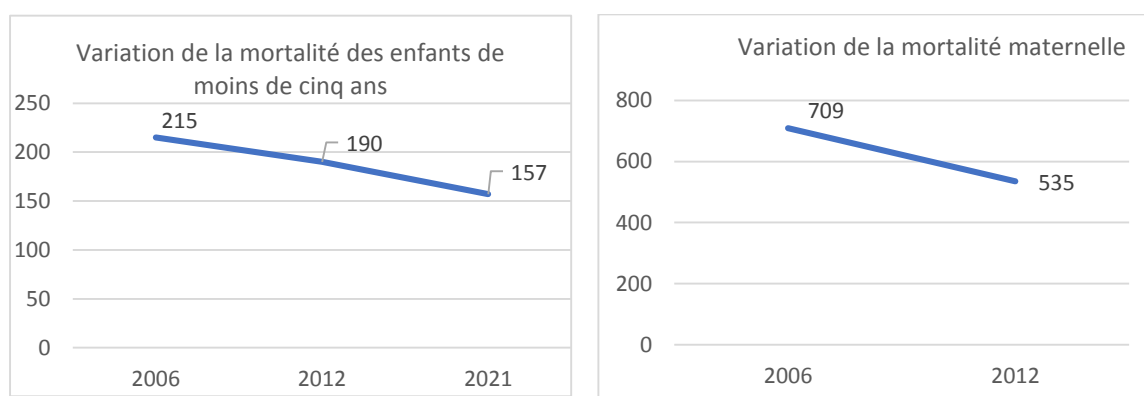
3.4.1. Les effets induits de la mise en œuvre de la mesure de la gratuité sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile

En s'appuyant sur les données d'enquêtes et les données issues du système national des statistiques, l'analyse de l'impact de la gratuité des soins se fera sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Un effet est également observé sur la charge de travail des agents.

- **Évolution de la mortalité maternelle et infantile :**

On constate une baisse importante du niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la région de Dosso entre 2006 et 2021. Ce taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 215 ‰ en 2006 à 190 ‰ en 2012 puis à 150‰ en 2021, soit une baisse de 30%. Concernant la mortalité maternelle, le taux estimé à l'EDSN-MICS IV 2012 est inférieur à celui estimé à l'EDSN-MICS III 2006 (535 ‰ contre 709 ‰), soit une baisse de 25%.

Figure 29 : Évolution des taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans

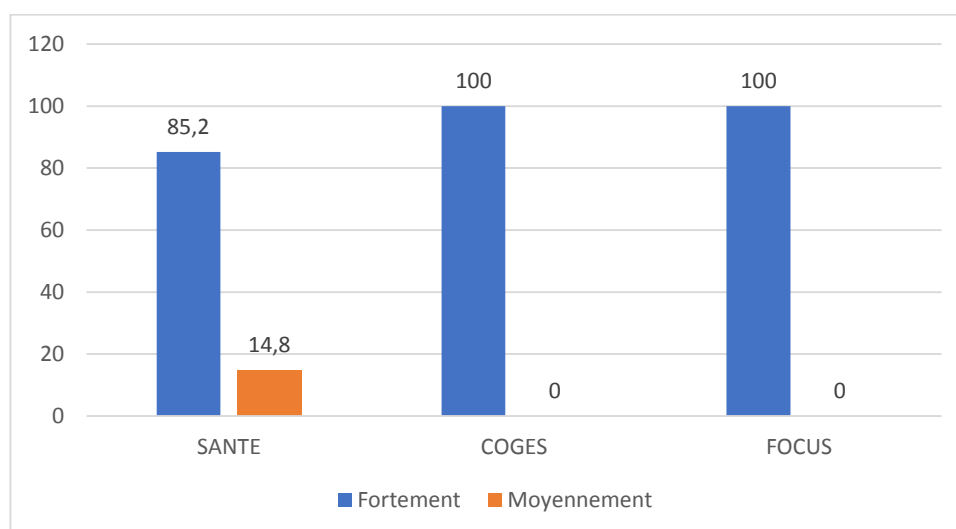


Source : EDSN 2006 et EDSN 2012 et ENAFEME 2021

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

Tous les responsables des COGES (100%) ont pensé que la gratuité de soins a fortement contribué à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la région de Dosso. De même, les résultats du focus group ont montré que la réduction de la mortalité maternelle et la mortalité infantile est liée à la gratuité de soins. En effet, 100% des personnes interrogées ont estimé que la gratuité de soins a fortement impacté le niveau de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, 85,2% des responsables des centres de santé pensent que la gratuité de soins impacte fortement la réduction de la mortalité maternelle et infantile tandis que 14,8% pensent que la gratuité a une influence moyenne sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Figure 30 : Appréciation des effets induits par les parties prenantes

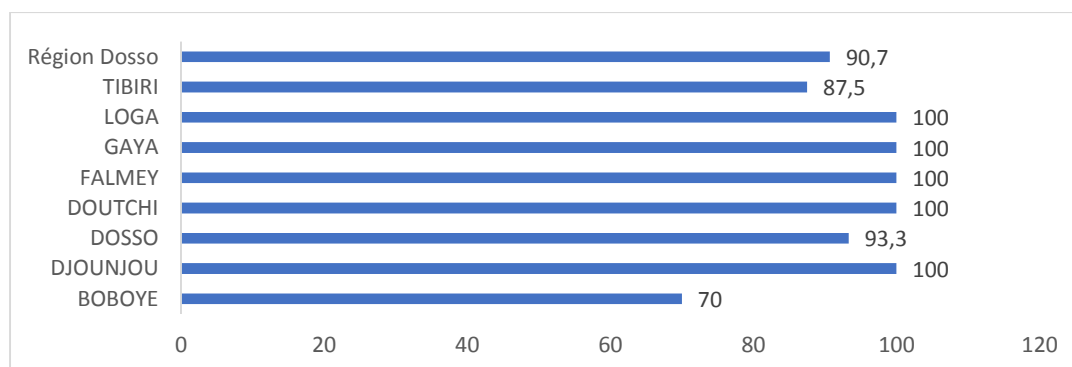


Source : Données de l'étude, 2022

3.4.2. Effets sur la charge de travail

La majorité des responsables des centres de santé (90,7%) estiment que la mesure de la gratuité de soins a augmenté leurs charges de travail. Par contre, 9,3% 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



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 0 à 5ans. 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.

3.5. De la durabilité des acquis de mesure de gratuité

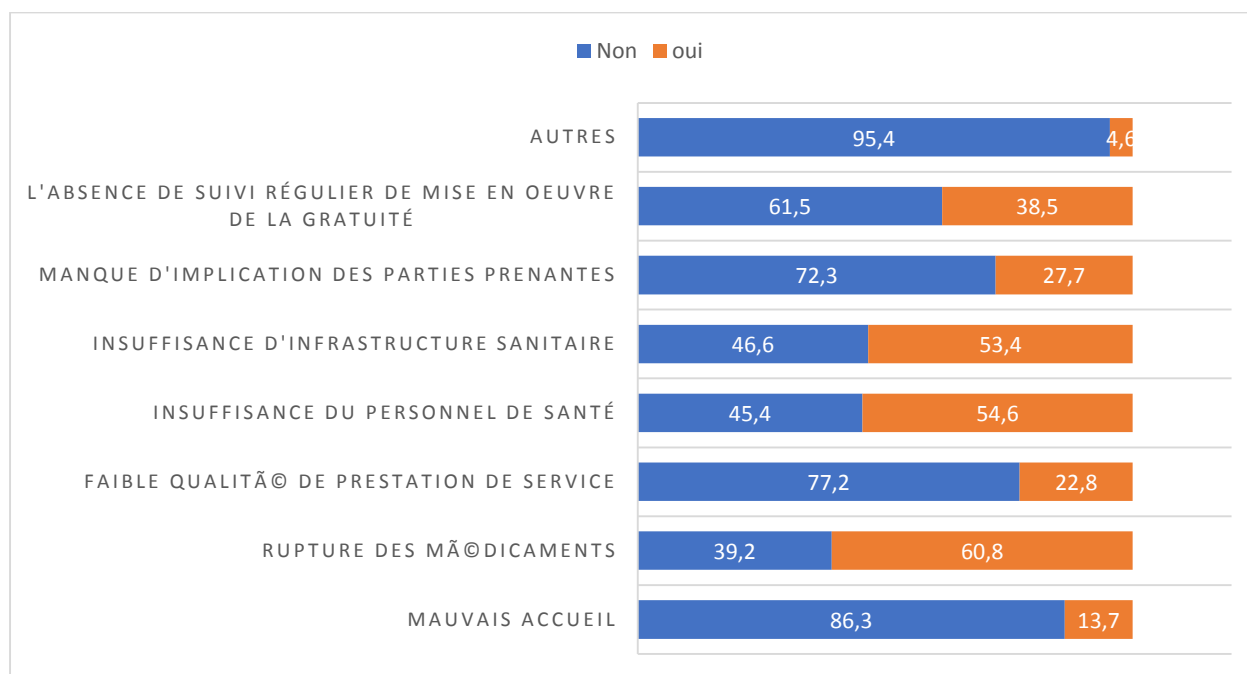
Cet exercice consiste à apprécier dans son ensemble la viabilité de la mesure de gratuité des soins des enfants de 0 à 5 ans et les soins des femmes, ainsi que la pérennité des mécanismes mis en place afin d'identifier les bonnes pratiques. Il s'agit d'apporter des réponses à un certain nombre de questions.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

3.5.1. 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 graphique ci-dessous, la rupture de médicaments (60,8%), l'insuffisance du personnel de santé (54,6%) et l'insuffisance d'infrastructures sanitaires sont considérées comme les contraintes majeures à la mise en œuvre de la mesure. Le manque de suivi de cette mise en œuvre de la gratuité des soins (38,5%) et le manque d'implication des parties prenantes à la gratuité sont également évoqués comme contraintes mais plutôt dans une moindre mesure.

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



Source : Données de l'étude, 2022

3.5.2. Mesures incitatives pour encourager la fréquentation des formations sanitaires

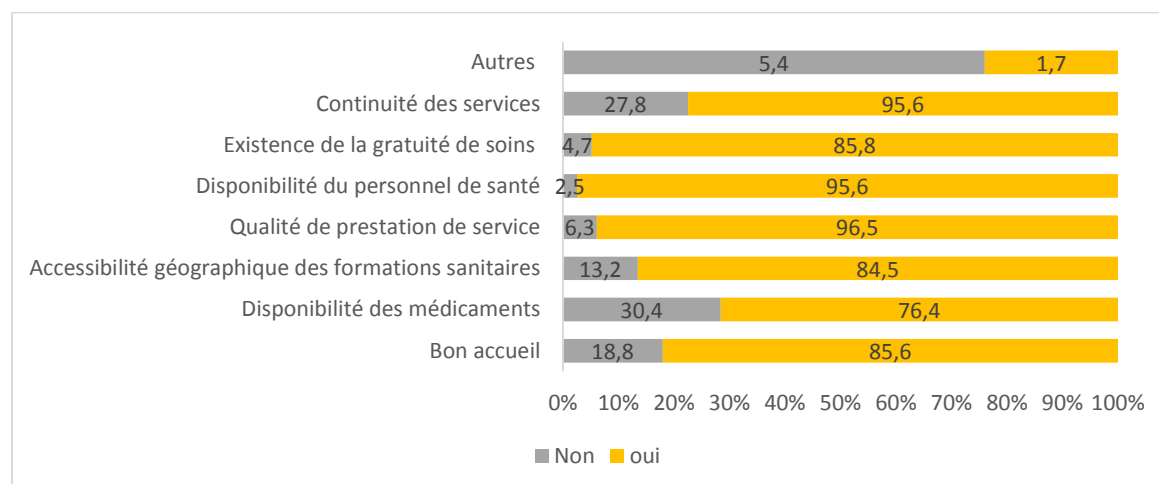
Cette partie permet d'apprécier les mesures incitatives mises en place dans le cadre de la gratuité des soins pour encourager la fréquentation des formations sanitaires par les bénéficiaires. Elle est appréhendée par les ménages interrogés.

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 :

- La qualité de service (96,5%)
- La continuité de service (95,6%)
- L'accessibilité géographique des formations sanitaires (84,5%)
- Le bon accueil (85,6%) ;
- La disponibilité des médicaments (76,4%).

Figure 33 : Mesures incitatives en faveur de la gratuité



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. Un plateau technique adéquat (infrastructures et intrants de santé) et un personnel suffisant au niveau des formations sanitaires constituent des leviers de succès de la mesure de gratuité de soins. Le bon accueil, la disponibilité des agents de santé pour les patients, la qualité des services et l'accessibilité aux formations sanitaires constituent des facteurs de succès de la mesure.

4. RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION

Pour améliorer la politique de gratuité de soins de santé dans la Région de Dosso 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 le remboursement, dans les meilleurs délais, des arriérés accumulés vis-à-vis des différentes formations sanitaires ;
- de rendre opérationnel l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM) avec des organes déconcentrés ;
- de mettre en place un dispositif opérationnel pour un meilleur suivi de la politique de gratuité des soins de santé par l'équipe centrale chargée de la gratuité des soins (mettre plus de moyens financiers et ressources humaines) ;
- de créer un cadre de communication et de concertation entre le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de l'Action Sociale et le Ministère des Finances ;
- d'impliquer le Ministère des Finances à tous les niveaux dans la gestion de la politique de gratuité des soins, notamment en matière de contrôle ;
- de réfléchir à une déconcentration du circuit de paiement ;
- de renforcer les capacités du personnel de santé dans l'établissement des factures ;
- de valoriser les apports des Partenaires Techniques et Financiers en les comptabilisant dans l'assiette globale de la gratuité des soins de santé au Niger,
- de trouver un système de financement pérenne de la gratuité ;
- de 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).

Les Partenaires Techniques et Financiers :

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

Les responsables des structures sanitaires :

- de respecter les cibles de la gratuité.

5. CONCLUSION GENERALE

Le Niger met en œuvre, depuis 2006, la mesure de la gratuité des soins de santé. Celle-ci consiste à rendre gratuit pour certaines catégories de la population, particulièrement les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes, des prestations de services de santé sans paiement à savoir : la planification familiale, la consultation prénatale, la césarienne/grossesse extra utérine/rupture utérine, et le cancer gynécologique. Quant aux enfants de moins de cinq (5) ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs.

Le HCME en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de l'Action Sociale a commandité une évaluation rapide de la mesure du paquet de gratuité de soins dans la région de Dosso avec l'appui financier de TWENDE MBELE et de l'UNICEF pour apprécier la mise en œuvre de cette intervention.

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'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 rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	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

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

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

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	Dans quelle mesure les ressources allouées à la mesure sont-elles en cohérence avec les actions envisagées.		Gestionnaires +PTF			Guide	Meta analyse des documents+ analyse des données primaires
Efficacité	Comment appréciez les actions mises en œuvre dans le cadre de la réforme, dans la région de Dosso (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

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	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 Dosso? + 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 œuvre de la réforme (intervention AFD par mise à disposition de médicaments, FBR etc)		Gestionnaires/Ministère/ONG/agents de santé/autorités locales et+			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous le		Bénéficiaires/ONG/ autorités locales et+/PTF/Admin Santé			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	fonctionnement des organes de mise en œuvre de la mesure de gratuité						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 données primaires
	Comment appréciez-vous les canaux de communication utilisés pour informer les populations sur la réforme		Bénéficiaires/ONG/PTF/admin santé/autorités locales			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	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 appréciez-vous le coût des médicaments ?		Gestionnaires/agents de santé/PTF			Guides	Analyse 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

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	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 l'enfant sont de bonne qualité ?		Bénéficiaires/ONG/autorités locales			Guides /questionnaires	Meta analyse de rapports d'activités formation sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous la fréquentation des formations		Communauté (COGES+relais)			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	sanitaires pour des consultations prénatales gratuites par les femmes enceinte						sanitaires+, analyse données primaires
	Comment appréciez-vous la fréquentation 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
Efficienne	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
	Comment appréciez-vous l'adéquation des moyens avec		Gestionnaires/agents de santé/PTF			Guides	Meta analyse de rapports d'activités formation

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'analyse
	l'offre de prestation						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 formation sanitaires+, analyse

Critère d'évaluation rapide	Questions évaluatives	Indicateurs ³	Sources de données	Structure de référence ⁴	Modèle d'évaluation	Outils de collecte/analyse	Méthodes d'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
	MANZO FAROUK	District Sanitaire/Boboye
	ABDOUL AZIZOU OUMAROU DAN BAKI	DS/MSP
	IDI HAROUNA	INS
	HASSANE SOULEY	DR/INS/Dosso
	AMADOU SALIFOU HAROUNA	Evaluateur Emergent
	ABDOULAYE SEYDOU ZEILATA	Evaluateur Emergent
	MOUTARI BOUBOU ISSOUFOU	Evaluateur Emergent
	IBRAHIM ISSOUFOU	M. PLAN
	MAMAN MANZO MAMAN MANZO	CAPEG
	ABOUBACAR RAHINA	HCME
	GARBA ALI ABDOUL NASSIROU	HCME
	DADDY NANA FATCHIMA	HCME
Coordination technique	SOSSOU DAMASE ERIC	Consultant international, Chef de mission
	KONE GADO MAHAMADOU	Consultant national, Expert associé