

ÉVALUATION DU PROJET DE MÉDECINS DU MONDE - FRANCE

DISTRICTS DE KEITA ET ABALAK – NIGER

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

L'EXEMPTION DU PAIEMENT DIRECT

RAPPORT FINAL

Valéry Ridde, Ph.D.
Coordinateur de l'évaluation
Aïssa Diarra, MD.
Consultante anthropologue
Rolf Heinmüller, MD., Ph.D.
Consultant épidémiologiste
Moha Mahaman, MD.
Assistant

Version finale – 9 avril 2009

Ce rapport a été produit à la demande de Médecins du Monde - France.
Les commentaires contenus dans ce rapport ne reflètent que les opinions des consultants

RÉSUMÉ

Introduction :

Le présent rapport concerne l’évaluation des processus et des effets de l’intervention de Médecins du Monde France (MDM-F) dans le district sanitaire de Keïta au Niger. Ce district sanitaire compte 280.000 habitants (zone agricole et agropastorale). Il est relativement dépourvu en personnel de santé (1 seul médecin et 1 seule sage-femme). L’intervention de MDM-F vise l’amélioration de la qualité et de l’accessibilité aux soins de santé par l’intermédiaire d’un appui à l’équipe de district et aux 10 formations sanitaires (1 hôpital de district sans bloc chirurgical et 9 centres de santé intégrés, CSI). L’appui consiste essentiellement à améliorer l’offre des services grâce à des formations, des petites réhabilitations, du suivi/supervision, du compagnonnage des actes médicaux, des dotations en médicaments. La pierre angulaire de l’intervention est l’appui à la mise en œuvre de la politique nationale d’exemption du paiement des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans, les consultations prénatales et les césariennes.

Méthodologie :

À la suite de discussions avec les parties prenantes de l’intervention et compte tenu du temps et des ressources dévolus à cette évaluation, les deux objectifs retenus sont : i) analyser la stratégie d’appui au district sanitaire; ii) analyser les processus et les effets de l’exemption du paiement. La stratégie méthodologique repose sur l’usage de méthodes mixtes, soit l’utilisation complémentaire et concomitante de données quantitatives et qualitatives. Le district d’Abalak a été choisi comme district de comparaison. Toutes les formations sanitaires des deux districts ont été visitées (n= 26) et 221 personnes ont participé à des entretiens individuelles et de groupes. Une analyse du contenu des discours a été réalisée avec un souci de triangulation. La perception des agents de santé sur la politique a été étudiée à l’aide d’un questionnaire administré auprès de 18 agents à Keïta et 19 à Abalak. L’analyse de la tendance de l’évolution de trois indicateurs entre 2004 et 2008 (20 trimestres) a été réalisée. Des régressions multi-niveau quantifient l’influence probable de l’intervention sur l’utilisation des services. L’étude a été autorisée par le ministère de la santé. Une version préliminaire du rapport a fait l’objet d’une discussion avec trois responsables de MDM-F.

Résultats :

L’analyse des données trimestrielles du Système national d’information sanitaire montre que l’intervention de MDM dans le district de Keïta semble avoir contribué à une forte augmentation des consultations des enfants de moins de 5 ans, à une augmentation certaine des accouchements réalisés dans les formations sanitaires et, pour les femmes provenant d’un rayon de 6 km et plus autour des CSI type 1, à une fréquentation accrue des consultations prénatales. Les modèles de régression attribuent à l’intervention MDM un doublement du nombre de consultations trimestrielles des enfants de moins de 5 ans après un an (439 vs 1100 ; $p < 0,0001$), tout en contrôlant pour l’augmentation attendue par la seule exemption gouvernementale. L’augmentation à Keïta est plus rapide, plus homogène et plus forte qu’à Abalak où il y a cependant également un effet important de l’exemption gouvernementale. En ce qui concerne les femmes enceintes, les modèles de régression attribuent à l’intervention MDM un triplement du nombre d’accouchements après un an (7 vs 23 ; $p = 0,0220$). L’analyse visuelle des tendances par CSI montre une augmentation surtout importante dans les CSI type 1. Cela est moins net dans les CSI de type 2 où la couverture en accouchements pourrait avoir atteint un niveau plus difficile à augmenter par l’intervention. L’effet de l’intervention reste plus discret dans la régression des CPN (toute provenance confondue) et paraît temporaire (une augmentation de 50% après un an mais de seulement 10% après deux ans). L’analyse visuelle montre des évolutions différentes, les CSI de type 1 paraissent réaliser plus de CPN alors que ceux de type 2 stagnent ou chutent.

Dans le district de Keïta, l’ONG dispose d’une très bonne réputation et tous les acteurs sont très satisfaits de son intervention. L’ONG a toujours été réactive, s’adapte aux besoins exprimés et s’intègre très bien dans le système de santé. L’équipe cadre du district profite de ce partenariat dont les contours sont parfaitement spécifiés. Face à la rareté de certaines ressources, cette intégration tend parfois à s’approcher de la substitution, mais cela ne semble pas possible de faire autrement compte tenu du contexte local. Le compagnonnage, faisant en sorte que des agents de MDM se retrouvent plusieurs fois par mois depuis plusieurs mois à superviser les actes médicaux, est l’activité qui mérite certainement d’être revue. Les agents de santé ne la perçoivent plus comme pertinente et les données du projet ne permettent pas d’en vérifier l’efficacité.

Toutes les personnes rencontrées se disent favorables à la politique d’exemption du paiement. Le fardeau financier lié aux soins de santé des ménages est réduit et les agents trouvent que les patients consultent beaucoup plus tôt. Le système est organisé de telle sorte que les actes réalisés gratuitement sont remboursés *a posteriori* par l’État sur la base d’un forfait par type de consultation. Le démarrage effectif de la politique a pris du retard dans le district d’Abalak alors qu’à Keïta, la présence de MDM a permis un démarrage immédiat. La présence de l’ONG a permis la réalisation d’une campagne d’information plus intense. Tout le monde s’accorde pour dire que sans la présence d’une ONG, la politique d’exemption ne serait pas si efficace que cela. Le problème majeur de la politique est le délai de remboursement. A Keïta, malgré la présence de l’ONG et le suivi des remboursements qu’elle réalise au niveau central, le retard de paiement est de neuf mois. À Abalak, les CSI n’ont encore jamais été remboursés depuis le début de la politique, soit 24 mois. Dans les deux districts, les causes du retard sont complexes et multiples : erreurs de facturation, problème de gestion interne aux équipes de districts, retard au niveau central. Aussi, l’ONG supplante-t-elle l’État en dotant les CSI de médicaments pour faire face au retard et éviter l’arrêt de l’exemption. À Abalak, les ruptures de stocks de médicaments sont devenues fréquentes et le paiement des soins a repris pour faire face à certaines dépenses de fonctionnement indispensables. Dans le district de Keïta, l’organisation du système d’évacuation sanitaire reste incohérente puisque les patients doivent payer le trajet entre les CSI et l’hôpital de district alors que c’est gratuit pour le reste du trajet vers l’hôpital régional, seul lieu où peuvent être réalisées les césariennes. Dans l’ensemble, la politique a bien été intégrée dans l’organisation actuelle du système, en respectant également le rôle des comités de gestion. La place des cases de santé et des agents de santé communautaire reste cependant à être clarifiée car leur participation à la politique reste hétérogène. Les ruptures de stocks de certains intrants pour la planification familiale rendent parfois l’exemption caduque.

Les agents de santé des deux districts pensent que la politique d’exemption a largement bénéficié aux populations. Les effets sont très positifs même si près de la moitié des agents croient que ce système a provoqué des comportements parfois néfastes de la part des patients. Ils affirment que leur charge administrative s’est accrue. Près de la moitié pensent que les taux de recouvrement des coûts ont chuté. Les agents d’Abalak sont encore plus insatisfaits que ceux de Keïta au sujet des délais de remboursement et tous pensent que la présence d’une ONG est indispensable à la réussite de la politique.

Conclusions :

Les données collectées lors de cette évaluation montrent que le projet de MDM s’intègre bien dans le système de santé du district et que le partenariat opérationnel est positivement apprécié par toutes les parties prenantes. Cependant, le processus de compagnonnage des agents de santé doit être revu. Il faudrait certainement le réduire pour investir dans d’autres activités dont le potentiel d’effets sur la santé des populations est plus important, comme par exemple un système d’évacuation sanitaire gratuit à l’échelle de l’ensemble du district. Le bien-fondé de la politique

nationale d’exemption du paiement n’est pas remis en cause mais le problème majeur, et urgent à régler, reste celui du remboursement des actes réalisés gratuitement dans les CSI. Sans la présence de l’ONG, les effets sur l’utilisation sont moindres, cette politique n’existe plus, les médicaments sont souvent absents et les patients se voient de nouveau réclamés un paiement pour assurer le fonctionnement des centres de santé et la présence de médicaments. Les données quantitatives sont de ce point de vue parfaitement corroborées par les informations qualitatives recueillies dans les deux districts. Les autres composantes de la mise en œuvre de la politique sont pourtant relativement positives : l’information a été relativement bien faite, le système comptable est assez simple, la charge de travail supplémentaire reste acceptable, l’exemption est bien intégrée dans le système en place et respecte les COGES. Outre l’urgence de trouver une solution au système de remboursement, il conviendrait d’améliorer l’approvisionnement en médicaments, le système d’évacuation sanitaire, la visibilité du coût réel des actes comparativement au montant du forfait remboursé, la présence de ressources humaines pour la réalisation des accouchements.

Recommandations :

Bien que MDM ait déjà pris certaines décisions de réorganisation de son projet à Keïta avant la production du présent rapport, il convient de suggérer cinq recommandations majeures dont les détails sont explicités dans le rapport : 1-Poursuivre et renforcer l’appui systémique au district sanitaire ; 2-Renforcer le système d’évacuation sanitaire et le rendre totalement gratuit ; 3-Développer des activités communautaires visant à influencer la demande de soins ; 4-S’interroger sur la pertinence de l’appui à l’exemption des accouchements sans la présence de personnel qualifié ; 5-Prévoir systématiquement un système d’évaluation avant les interventions.

Leçons apprises :

Si MDM souhaite reconduire une telle expérience, voici ce que cette étude suggère de faire :

- Organiser une vaste campagne d’information de l’existence de l’exemption du paiement, en s’appuyant sur les circuits administratifs habituels mais aussi sur les réseaux communautaires
- Impliquer les agents de santé et les COGES dans la définition des modalités de gestion de l’exemption du paiement
- Organiser un système administratif de paiement le plus simple possible, respectant et s’intégrant dans les systèmes en place (notamment la gestion communautaire, le cas échéant)
- Assurer un système efficace et continu d’approvisionnement en médicaments et autres intrants nécessaires
- Rembourser les actes réalisés par l’intermédiaire d’un forfait calculé sur la base de dépenses réelles contemporaines et actualisées régulièrement
- Prévoir un mécanisme d’incitation pour les agents de santé faisant face à une augmentation de la demande
- Prévoir les ressources humaines nécessaires pour faire face à d’éventuelles surcharges de travail
- Assurer la cohérence de l’exemption du paiement à tous les niveaux du système sanitaire
- Organiser un système d’évacuation sanitaire notamment pour les urgences obstétricales sans paiement
- Réaliser une étude de base (*baseline survey*) et formuler un plan d’évaluation avant la mise en œuvre du projet
- Contrôler la réalisation effective des actes gratuits par des sondages populationnels

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	2
2. CONTEXTE INTERNATIONAL DE L’EXEMPTION DU PAIEMENT DIRECT	2
3. CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROJET DE MDM-F	2
4. OBJECTIFS ET QUESTIONS D’EVALUATION	3
5. STRATEGIE METHODOLOGIQUE	4
5.1. LES DONNEES QUANTITATIVES	5
5.2. LES DONNEES QUALITATIVES	7
5.3. LE DEROULEMENT DE L’EVALUATION	8
6. RESULTATS	9
6.1. L’APPUI DE MDM-F AU DISTRICT SANITAIRE DE KEITA.....	9
6.1.1. <i>Les forces de l’appui de MDM</i>	9
6.1.2. <i>Les faiblesses de l’appui de MDM</i>	13
6.2. L’EXEMPTION DU PAIEMENT DANS LES DISTRICTS DE KEITA ET ABALAK	15
6.2.1. <i>Les perceptions sur la gratuité</i>	15
6.2.2. <i>La mise en œuvre de la gratuité</i>	19
6.2.3. <i>Les forces de la mise en œuvre</i>	21
6.2.4. <i>Les faiblesses de la mise en œuvre de la gratuité</i>	24
6.2.5. <i>Les effets non attendus</i>	37
6.2.6. <i>Les effets sur l’utilisation des services de santé</i>	34
6.2.7. <i>Analyse comparative entre les deux districts</i>	38
7. CONCLUSION : RETOUR SUR LES QUESTIONS D’EVALUATION	41
8. RECOMMANDATIONS	45
9. DE QUELQUES LEÇONS APPRISES.....	48
10. REFERENCES	49
11. ANNEXES	51

1. INTRODUCTION

Le présent rapport concerne l’évaluation du projet mis en place par l’ONG Médecins du Monde – France dans le district de Keïta. Si l’exemption du paiement des soins ne constitue pas le seul objet de ce projet, il en est cependant la pierre angulaire et certainement l’innovation marquante dans la sous-région ouest-africaine. Dès 2007, date de démarrage de cette nouvelle politique, l’ONG a décidé de soutenir le gouvernement du Niger dans sa mise en œuvre. Aussi, ce rapport mettra t-il particulièrement l’accent sur l’analyse de ce nouvel instrument politique [1] que constitue l’exemption du paiement. Cette focalisation s’explique notamment par le besoin exprimé par l’ONG et ses partenaires du ministère de la Santé de mieux comprendre les processus et les effets de cette intervention visant à améliorer l’accessibilité financière aux soins de santé. Voilà pourquoi il a été décidé de comparer les réalisations du projet de MDM avec la situation existante dans un district comparable, soit le district d’Abalak.

2. CONTEXTE INTERNATIONAL DE L’EXEMPTION DU PAIEMENT DIRECT

L’évaluation réclamée par MDM-F dans le district de Keïta au Niger s’inscrit dans un contexte international où la question de la suppression du paiement direct des soins de santé est abordée dans la plupart des Forums internationaux comme un des moyens d’améliorer l’équité d’accès aux systèmes de santé en Afrique [2]. La récente Commission de l’OMS sur les déterminants sociaux de la santé a encore rappelé l’importance de cette stratégie [3]. MDM-F a largement participé à ces débats en organisant des campagnes de plaidoyer à l’échelle internationale [4] ou en soutenant des étudiants dans leurs stages de fin d’étude [5]. Il existe donc aujourd’hui un consensus scientifique sur les effets néfastes du paiement direct concernant l’accès aux soins [6,7]. L’une des solutions pour résorber ces effets délétères est d’exempter du paiement un certain nombre de personnes sur la base de critères sociaux ou de pauvreté. C’est dans ce contexte que de plus en plus de pays africains ont décidé, souvent à la suite d’injonction de bailleurs de fonds ou de décisions politiques, de supprimer le paiement des soins pour des catégories de population facilement identifiables et en lien avec la volonté des États d’atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 [8]. Ainsi, les femmes et les enfants de moins de 5 ans sont bien souvent la cible de ces politiques d’exemption. Le Niger s’est ainsi embarqué dans cette voie en décidant de supprimer le paiement des césariennes en 2005. Puis en 2006, le paiement a été supprimé pour les préservatifs, les contraceptifs, les consultations prénatales (y compris les produits) et les soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans. L’État a prévu près de 3 milliards de F CFA dans la loi de finance 2007 pour ces exemptions, le montant atteignant 7,8 milliards en 2008.

Si les preuves scientifiques sont de plus en plus claires sur les effets positifs pour l’accès aux soins de cette suppression du paiement, les données disponibles sur la manière de le faire, le processus de mise en œuvre, sont très rares [8]. De surcroît, la suppression du paiement n’est qu’un des instruments permettant d’améliorer l’accès aux soins, les déterminants de l’accès étant nombreux [9], complexes et jamais facile à isoler — comme nous le verrons plus loin dans ce rapport — dans l’augmentation de l’utilisation parfois constatée. L’évaluation entreprise pour le compte de MDM-F au Niger s’inscrit donc dans ce double contexte de rareté de connaissances sur les processus mis en œuvre et de complexité des déterminants de l’utilisation des services de santé.

3. CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROJET DE MDM-F

Conscient des limites d’agir uniquement sur la demande en réduisant le fardeau financier par un projet centré exclusivement sur la suppression du paiement des soins, MDM-France s’est

engagée, non seulement à appuyer l’État nigérien dans sa politique d’exemption du paiement, mais aussi à collaborer avec l’équipe cadre du district de Keïta pour améliorer la qualité de l’offre des services prodigués. Le projet a donc démarré en octobre 2006, MDM-F ne voulant pas intervenir sur l’exemption avant que l’État décide d’en faire une politique publique. Il se déroule dans le district de Keïta, situé dans la région sanitaire de Tahoua, où vivent 280.000 habitants. Le district dispose de neuf CSI. L’hôpital de district est situé dans la ville de Keïta, il ne dispose pas de bloc chirurgical. Les patients doivent donc se rendre à Tahoua pour les actes chirurgicaux. Dans l’ensemble du district, au moment de cette évaluation, les ressources humaines dans le domaine de la santé étaient relativement rares, puisque nous avons trouvé un seul médecin et une seule sage-femme pour desservir l’ensemble de la population. Les CSI du district fonctionnent sur le principe des caisses autonomes où chaque comité de gestion gère l’argent récolté et les commandes de médicaments. Ainsi, MDM-France a organisé un appui global à l’amélioration du système de santé du district. Certes, le soutien à l’exemption du paiement est la valeur-phare du projet, mais ce dernier ne se limite pas à cela et il s’inscrit au contraire dans l’appui au Plan de Développement Sanitaire du District.

4. OBJECTIFS ET QUESTIONS D’ÉVALUATION

Compte tenu du contexte national et de notre compréhension des « termes de références » (voir annexe 5) envoyés par MDM-France, l’évaluation s’est centrée sur deux objets différents mais inter-reliés. Le premier objet de l’évaluation concerne spécifiquement le projet de l’ONG et notamment la manière dont elle est intervenue pour appuyer le district sanitaire dans l’amélioration de la qualité de l’offre de service. Le second concerne la politique nationale de suppression du paiement des soins pour les consultations prénatales et les enfants de moins de cinq ans. Il ne s’agit pas de réaliser une analyse à l’échelle nationale mais bien d’en comprendre les effets à court terme et les processus à l’échelle locale, soit celle du district. Afin de renforcer la validité des conclusions, nous avons décidé de comparer les résultats constatés avec ceux d’un autre district. Compte tenu des moyens dévolus à cette évaluation (15.000 Euros), il n’a été possible de collecter des données primaires que dans un seul district de comparaison, celui d’Abalak proposé par MDM-F comme étant « comparable ». Aussi, le second objectif évaluatif concerne-t-il le système d’exemption dans son ensemble, tel que soutenu par MDM-F, et non pas le projet en particulier.

Au regard de la définition de ces objectifs et prenant en compte les contraintes classiques dans de telles évaluations de programme (accès aux données, temps, ressources financières, contraintes politiques) [10], nous avons formulé plusieurs questions d’évaluations auxquelles nous allons tenté de répondre dans les prochaines pages.

Objectif 1 : Analyser la stratégie d’appui de MDM-F au district sanitaire en vue d’améliorer la qualité des soins dans le district de Keïta.

Pour cet objectif, les questions d’évaluation qui ont été retenues sont :

- Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de compagnonnage des agents de santé par l’équipe MDM-F ?
- Quelle est la perception des acteurs sur le partenariat et l’intégration du projet MDM-F dans l’organisation de l’équipe cadre de district et des chefs CSI ?

Objectif 2 : Analyser les processus et les effets de la suppression du paiement pour les enfants de moins de cinq ans et les consultations prénatales dans les districts de Keïta et Abalak ;

Pour cet objectif, les questions d’évaluation qui ont été retenues sont :

- Comment la politique d’exemption a-t-elle démarrée ?
- Comment les acteurs perçoivent-ils le système de remboursement forfaitaire ?
- Quelles sont les difficultés liées au système d’approvisionnement en médicaments ?
- Quelles sont les implications du système d’exemption sur l’organisation des services de santé ?
- Comment les COGES sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?
- Quelles sont les perceptions des usagers et de la population à l’égard de l’exemption ?
- Quel est le niveau de connaissance des populations concernant la politique d’exemption ?
- Quelle différence existe-t-il dans la mise en œuvre de la politique d’exemption entre Keïta et Abalak par le fait que MDM-F soutienne l’ECD ?

L’utilisation potentielle des résultats de l’évaluation [11] concerne les stratégies de mise en œuvre de projets similaires que l’ONG planifie, entre autre, pour le Burkina Faso et le Mali. Bien que la planification de ces projets soit bien avancée, les résultats de la présente évaluation pourraient être pris en compte.

5. STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE

Comme il est toujours de mise lors d’une évaluation de programme [12,13], le processus a été fondé sur deux étapes distinctes, soit une phase pré-évaluative et une phase évaluative.

La *phase pré-évaluative* a été effectuée avant le démarrage de la collecte des données. Dans un premier temps, la documentation a été consultée et deux entretiens (n=2) ont été réalisés avec les responsables du projet de MDM en France (Paris, Marseille). Des échanges par internet et au téléphone ont aussi été effectués avec le responsable du projet au Niger. Dans un second temps, une fois l’évaluation démarrée au Niger, une version provisoire des questions d’évaluation a été partagée lors d’une réunion préparatoire avec les principales parties prenantes du projet, soit les responsables de MDM (n=2) et un représentant du district sanitaire (n=1). L’ensemble de cette phase a permis de préciser les objectifs de l’évaluation, de définir précisément les questions d’évaluation, de mettre au jour la logique du projet (théorie de l’intervention) organisé à Keïta, de discuter des choix méthodologiques (choix des sites, district de comparaison, etc.) et des aspects logistiques.

La seconde phase est la *phase évaluative* proprement dit. Il s’est agi de collecter et d’analyser les données tant quantitatives et que qualitatives. Pour disposer d’éléments de réponses au second objectif, nous avons adopté une démarche en deux temps, reposant sur l’usage de méthodes mixtes [14], soit la combinaison *complémentaire* de méthodes quantitatives et qualitatives. Nous voulions utiliser un devis séquentiel explicatif où les données quantitatives permettent de soulever des hypothèses et des interrogations que nous désirions explorer, par la suite, grâce à des données qualitatives. Malheureusement, il n’a pas été possible de disposer des données avant la collecte des informations qualitatives pour mieux comprendre les résultats de l’analyse quantitative. L’accès aux données du SNIS ainsi que leur exploitation a pris plus de temps que prévu. Aussi, nous avons eu recours à un devis concomitant triangulé où données quantitatives et qualitatives sont collectées et analysés en parallèle [14].

5.1. Les données quantitatives

L’utilisation des données nationales du SNIS était obligatoire compte tenu de la nécessité de porter un jugement sur les changements produits à la suite de l’exemption du paiement. Il faut en effet disposer de données *avant* le projet MDM-F pour être en mesure d’analyser les *tendances* de l’évolution des consultations dans les deux districts concernés. Cependant, il fallait avant tout vérifier la validité des données du SNIS car bien souvent les informations de routine dans la région ne sont pas toujours fiables. Aussi, nous avons demandé à l’ONG de collecter des données dans trois CSI (Tamaske, Loudou du district de Keïta ; Tabalak du district de Abalak) afin d’en étudier la qualité. Nous avons ainsi pu comparer les chiffres des registres disponibles dans les CSI avec ceux présents dans la base de données du SNIS à l’échelle des districts. Cette comparaison a permis de sélectionner des indicateurs qui semblaient plus fiables, et d’en écarter d’autres. Nous avons ainsi retenu : (1) le nombre de « nouvelles inscrites » à la CPN, tous stades de grossesse confondus ; (2) le nombre d’accouchements à la maternité ; et (3) le nombre de « consultations » (par opposition aux consultants, nouveaux cas et visites de retour) des enfants de moins de cinq ans. Ces indicateurs ne montraient que des déviations mineures lorsque les deux sources pouvaient se comparer. De plus, ils étaient simples par rapport à d’autres indicateurs plus complexes, minimisant ainsi une compréhension divergente par les agents de santé et d’erreurs lors de leur compilation.

L’analyse est visuelle et statistique, les deux approches se complètent. Notre démarche s’inspire des réflexions de Shadish & al. (p. 171) sur l’analyse des séries temporelles [15]. Nous analysons visuellement les courbes des chiffres trimestriels d’utilisation. Deux sortes de courbes sont considérées : i) désagrégées par CSI, ii) moyennes par district. Les courbes désagrégées (Annexe 9, consulter également la liste des CSI, Annexe 12) permettent une vue d’ensemble des données brutes et de leur complétude (des valeurs manquantes apparaissent comme interruptions des courbes). Bien que leur aspect soit complexe à première vue, elles rendent la masse des données transparente et visualisent le degré d’hétérogénéité entre les CSI, en termes d’utilisation moyenne, tendance à long terme, rythme saisonnier et changements liés à certaines dates d’événements. Les courbes moyennes (Annexe 10) représentent pour chacun des deux districts les moyennes des CSI calculées pour chaque trimestre. Elles facilitent la comparaison entre districts et sont moins vulnérables aux rapports trimestriels manquants que des courbes de totaux de district, pourvu que les lacunes se distribuent également dans le temps et selon caractéristiques de CSI. Nous représentons ces moyennes (a) sur l’échelle naturelle des nombres absolus ainsi que (b) rééchelonnées en mettant la hauteur des courbes à 100, pour une date de référence, ce qui peut faciliter davantage leur comparaison. Le choix de ce temps de référence peut cependant influencer l’impression visuelle et exige une certaine prudence d’analyse. Les graphiques ont été préparés à l’aide de la procédure *GPlot* du logiciel SAS, version 9.1.3. Nous avons dû exclure certaines valeurs de la base des données car elles paraissaient assurément erronées au regard des autres données. Les formations sanitaires no. 12 à 17 du district d’Abalak ont été incluses dans les courbes par CSI, mais ont été exclues des courbes moyennes et de la régression parce qu’elles ne fournissaient de l’information que pour une partie de l’année 2008 et pouvaient ainsi biaiser les résultats. La base de données ne dispose pas d’informations sur les deux hôpitaux de district. L’analyse statistique se sert de la régression multi-niveau (Annexe 11) pour quantifier l’influence probable sur l’utilisation des services de l’intervention et d’autres facteurs. Nous suivons ainsi les approches exposées par plusieurs auteurs [16,17,18]. La hauteur de la courbe de chaque CSI à chaque trimestre est modélisée selon plusieurs facteurs : la moyenne globale, diverses

caractéristiques des CSI, le temps et la relation temporelle avec l’intervention. Des effets fixes représentent l’appartenance à un district, le type de formation sanitaire, la population totale, les populations par rayon de distance (0-5 km, 6-15 km, 16 km et plus). Des indicateurs des trimestres représentent les saisons. L’intervention est représentée selon l’absence/présence et la durée (nombre de trimestres depuis la mise en œuvre). La gratuité gouvernementale est nécessairement modélisée avec celle mise en œuvre par MDM.

Des effets aléatoires représentent des différences entre les CSI qui ne sont pas mesurées par les variables disponibles dans la base. L’autocorrélation sérielle entre les chiffres consécutifs d’un même CSI est prise en compte par une modélisation matricielle de la structure de covariance au premier niveau [19]. La corrélation entre les chiffres consécutifs d’un même CSI est prise en compte par une modélisation de la structure de covariance entre les valeurs trimestrielles. Le niveau de signification statistique des effets estimés est alors ajusté pour cette corrélation. Les structures alternatives sont mentionnées dans les notes à l’Annexe 11. Les modèles ont été estimés (et les graphiques préparés) à l’aide de la procédure *Mixed* du logiciel *SAS*, version 9.1.3.

Les mesures d’effet sont composées (au moins) d’un effet immédiat et d’une tendance linéaire ajoutée. Les estimations des deux composantes sont corrélées et dépendent fortement des dates de mise en œuvre intégrées dans le modèle et qui représentent le début supposé de l’effet causal. Ce moment réel peut facilement différer des dates officielles qu’on est pourtant le plus souvent obligé d’adopter. Pour rendre l’estimation de l’effet de l’intervention plus robuste, nous employons la méthode des « fonctions estimables et espaces optionnels d’inférence » [20] qui fournit des intervalles de confiance pour des combinaisons d’effets. Nous avons estimé la combinaison de l’effet immédiat et de celle de la tendance après un et deux ans de mise en œuvre (voir Tableau, section 6.2.5).

L’interprétation des résultats doit être faite avec une extrême prudence, notamment sur les liens de causalité avec l’intervention et l’exemption du paiement. Aussi, les résultats doivent être compris comme « semi-quantitatifs » et encore exploratoire en étudiant essentiellement les principales tendances et en privilégiant de multiples explications compte tenu de plusieurs facteurs : i) la précision des données n’est pas toujours parfaite même lorsque qu’il existe une certaine corrélation entre les sources primaires (CSI) et la base de données (SNIS), ii) l’analyse de la qualité des données ne repose que sur 3 CSI, elle est donc ponctuelle et aucunement représentative, iii) nous ne sommes pas en mesure de comprendre les écarts parfois constatés entre les deux sources de données, iv) l’intervention reste complexe, les liens de cause à effet non linéaires et il est fort possible que des événements extérieurs à l’intervention aient influencé les changements constatés, comme par exemple les formations au remplissage des registres organisées pour les agents. Ajoutons enfin que la comparabilité des deux districts est à relativiser car le mode de vie de la transhumance est bien plus fréquent à Abalak. Certains effets constatés à Keïta pourraient être plus difficiles à atteindre dans ce contexte à Abalak. Pour renforcer la qualité de l’interprétation des données, une rencontre a eu lieu à Ouagadougou au Burkina Faso entre le responsable de l’analyse des données quantitatives (RH) et le responsable du projet MDM-F au Niger. Cette rencontre a permis de discuter des analyses préliminaires et de préciser les besoins en données.

Tableau 1 : quelques indicateurs de comparaison des deux districts

Indicateurs	Keïta	Abalak
Nombre de formations sanitaires (2007) SNIS	HD= 1 CSI type1= 7 CSI type 2=4 Case de santé=57	HD= 1 CSI type1= 8 CSI type 2=2 Case de santé=26
Gestion du système de recouvrement des coûts ¹	Autonome	Autonome
Nombre total d'habitants (2007)	266.014	98.416
Taux utilisation curative (2007)	29%	39%
Pourcentage de la population entre 0 et 5 km d'un centre de santé (2007)	35%	27%
Pourcentage d'enfants à faible poids naissance (2007)	8%	9%
Taux de vaccination du BCG (2007)	109%	74%
Taux d'accouchement assistés (2007)	16%	7%
Budget de l'État pour le district sanitaire (2007) en millions	11,5	25
Groupe majoritaire	Haussa	Kel Tamshek
Taux brut de scolarité 2002-2003 ²	40%	

Source : SNIS 2007, Rapport sur le développement humain 2004

5.2. Les données qualitatives

De manière complémentaire à ces données quantitatives, l'analyse repose aussi largement sur des données qualitatives. Des enquêtes de terrain de type socio-anthropologique [21] ont lieu dans les deux districts au sein de *toutes* les formations sanitaires (n= 27). Pour disposer d'un large éventail d'informations et, surtout, pour être en mesure de trianguler les données afin de renforcer la crédibilité des résultats, nous avons rencontré les principaux acteurs organisés selon les trois catégories dites du triangle de la décision [22] : i) les actants, soit les intervenants participants à la mise en œuvre de l'action (agents de santé, membre de l'ONG, COGES, etc.) ; ii) les réactants, soit les bénéficiaires de l'action ; iii) les légitimants, soit les responsables politiques concernés par l'action. Des entrevues de groupes et des entrevues individuelles ont été réalisées. Au total, nous avons rencontré 221 personnes, dont 40% de femmes.

Tableau 2 : Résumé des entretiens par groupe d'acteurs

	Entretiens individuels			Entretiens de groupe			Total général
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
Légitimants	16	1	17	7	0	7	24
Actants	55	26	81	12	6	18	99
Réactants	16	32	48	27	23	50	98
Total	87	59	146	46	29	75	221

Nous avons pris des notes de manière systématique de l'ensemble de ces entretiens et un grand nombre d'entre eux ont été l'objet d'enregistrement sonore, après accord des intéressés, pour mieux en analyser le contenu par la suite. L'ensemble de ces entretiens ont par la suite été analysés selon la méthode de l'analyse du contenu [23].

¹ Caisse autonome = chaque CSI collecte et gère les user fees qui sont conservés à l'échelle du CSI ; Caisse unique : chaque CSI collecte les user fees mais ils sont ensuite centralisés au niveau du district et gérés par un gestionnaire communautaire au nom de tous les CSI du district.

² Il n'y pas de données par département.

De plus, un questionnaire a été administré à tous les infirmiers des CSI des deux districts afin de disposer de leur perception sur la suppression du paiement et le rôle du projet MDM-F. Ce questionnaire a été adapté d'une recherche sur le même sujet en Afrique du Sud [24] et nous l'avons déjà appliqué dans la région de Maradi [25], permettant ainsi un certain degré de comparaison.

Tableau 3 : Caractéristiques des agents de santé ayant répondu au questionnaire

	Keita	Abalak
Nombre de personnes	18	19
Hommes	12	14
Femmes	6	5
Moins de 30 ans	2	6
31 à 50 ans	14	12
Plus de 50 ans	2	1
Infirmiers diplômés d'État	10	9
Infirmiers certifiés	3	9
Agents de santé communautaire et autres	5	1
Moyenne de la date d'obtention du diplôme	1997	2002
Moyenne de l'année de présence dans le district	2001	2006

5.3. Le déroulement de l'évaluation

L'évaluation s'est déroulée entre janvier et mars 2009. Elle a été autorisée par le ministère de la santé du Niger. La collecte des données qualitatives s'est effectuée entre fin janvier et début mars dans les deux districts concernés. L'ensemble des activités menées sur le terrain sont présentées à l'annexe 1, les guides d'entrevues qualitatives sont fournies à l'annexe 2.

6. RÉSULTATS

6.1. L’appui de MDM-F au district sanitaire de Keita

6.1.1. Les forces de l’appui de MDM

Dans le district de Keita, MDM est une ONG qui ne passe pas inaperçue. L’ONG est bien connue de tous les acteurs clés depuis la ville de Keita jusqu’aux villages les plus reculés. Ils reconnaissent qu’elle joue un rôle important dans le secteur de la santé. Les lignes qui suivent reviennent sur les points positifs de l’intervention de MDM dans le dit district.

6.1.1.1. Une perception positive des personnels de santé sur les réalisations de l’ONG

Un des points forts de MDM est qu’elle s’est bien intégrée dans le quotidien des acteurs de la santé, vivant au jour le jour avec eux sur leur lieu de travail. Ces derniers ont une perception positive de l’ONG à travers ses activités les plus visibles dans leur localité.

Le ravitaillement en MEG

Les agents de santé se rappellent que lorsque la gratuité a été décrétée par l’État, c’est MDM qui leur a fourni les médicaments pour les prestations rendues gratuites ce qui faisait qu’il y avait une pharmacie MDM d’un côté et de l’autre côté une pharmacie pour le recouvrement :

« MDM a fait la gratuité avant l’Etat. Ils ont emmené les médicaments pour les enfants. Avant il y avait une pharmacie MDM et une pharmacie RC. »

Même après cette période, autrement dit, depuis la mise en œuvre de la gratuité suivant le dispositif de l’État, ils constatent que MDM continue à les ravitailler en MEG à travers les dons qu’elle leur adresse. Ainsi, ils affirment pour la plupart que les dons de l’ONG leur permettent d’assurer la continuité de la gratuité : « *On ne ferme pas grâce à l’appui de MDM* » nous dit un infirmier. L’action de l’ONG ne s’arrête pas seulement à faire des dons aux structures de santé, un membre de l’ECD se rappelle qu’elle a récemment réalisé des plaidoyers lors d’une épidémie de choléra auprès d’autres ONG pour renforcer la disponibilité des médicaments. L’ONG assure aussi parfois l’acheminement des médicaments commandés par les agents de santé de la pharmacie populaire à leurs CSI ainsi que les dons provenant du district. L’appui de MDM est si forte dans les CSI qu’un directeur d’école croit que la gratuité qui est actuellement en œuvre est toujours celle de l’ONG :

« Selon moi, c’est la gratuité de l’ONG. On apprécie beaucoup cette ONG vient en aide à nos populations pauvres » (Un directeur d’école/Keita)

On doit cependant relever que ce système de dotation, comme celui aussi des autres programmes qui fournissent des intrants, peut provoquer un système de double facturation. En effet, en attendant de pouvoir recevoir le remboursement des actes fournis gratuitement et acheter des MEG, les CSI continuent de remplir les fiches de remboursement sur la base des forfaits décidés par la politique. Aussi, se feront-ils rembourser les consultations dans leur totalité alors même qu’ils ont reçu les intrants par MDM. Le projet contribue donc au renforcement des COGES, ce qui n’est pas un mal en soi et apparaît comme étant plutôt positif, mais cet état de fait ne semble pas parfaitement mis au jour publiquement.

La réhabilitation des CSI

MDM est également perçue comme l’ONG qui donne un second souffle aux CSI qui en ont besoin notamment dans leur réhabilitation, la construction de nouveaux locaux et les dons de matériels :

« Nous avons atteint un niveau acceptable grâce à MDM. Par exemple ils nous ont divisé le magasin en deux salles pour l’accouchement. Ils nous ont fait les latrines. » (Un chef CSI/Keita)

Les constructions, plus que toute autre réalisation restent des preuves ineffaçables de l’appui de MDM :

« On est toujours ensemble avec MDM. Notre CSI était le plus faible du district, maintenant avec l’appui de MDM il y a une amélioration. Nous aurons un souvenir inoubliable avec MDM, ils nous ont construit une salle d’accouchement, des douches cimentées. » (Un chef CSI/Keita)

La formation et le recyclage des agents de santé

MDM est considérée comme l’ONG qui a beaucoup contribué au renforcement de capacités des CSI. Les agents de santé trouvent qu’ils ont beaucoup appris lors des formations organisées par l’ONG. De leur côté les membres des COGES ont reçu des formations en gestion. Les percepteurs disent savoir à présent comment conserver les produits, faire les rapports.

« MDM a donné beaucoup d’aide : deux fois une formation des COGES à Keita (à la fois MDM et ECD), le trésorier a été formé à la tenue du cahier de gestion, à la réalisation de son rapport, la perceptrice a été formée à la conservation des produits et sur le problème de péremption. Ils nous ont fait des dons de matériels et la réfection de la salle d’hospitalisation » (Un chef CSI/Keita)

La différence de la méthode d’action de MDM avec celle des autres ONG

La méthode d’action de MDM a été souvent comparée à celle d’une autre ONG. Les agents de santé affirment qu’ils préfèrent de loin l’appui de MDM. D’abord, cette ONG se limite à une seule activité, alors que MDM participe à toutes les activités des CSI et de l’ECD.

« MDM travaille avec nous, mais [l’autre ONG] c’est seulement [leur activité] qu’ils font. » (Un chef CSI/Keita)

Ensuite, ils constatent que les agents de l’autre ONG font bande à part, ils ne se mêlent pas aux agents de santé des CSI, alors que MDM travaillent avec eux dans un esprit d’équipe :

« L’autre ONG a beaucoup favorisé la population, mais avec MDM c’est comme une équipe. L’autre ONG fait semblant de travailler avec nous, mais c’est pas vrai. » (Un chef CSI/Keita)

De plus, certains infirmiers affirment que les agents de l’autre ONG n’ont pas la compétence pour le travail qu’ils font :

« Les gens de l’autre ONG ne comprennent pas certaines choses, ce ne sont pas des agents de santé, ce sont des volontaires. » (Un chef CSI/Keita)

Par ailleurs, les agents de santé reconnaissent que l’autre ONG fait également des dons aux CSI, mais cette dernière ne s’occupe pas de la manière dont ces médicaments sont ensuite gérés par les percepteurs. Alors que MDM s’implique dans la gestion de tous les médicaments qui se retrouvent dans les CSI.

« MDM fait la livraison de produits, mais les efforts faits par MDM dépassent nettement ceux de l'autre ONG. L'autre ONG n'est pas directement impliqué dans la gestion ». « Avec MDM, la différence est que avec le ravitaillement qu'ils font, ils viennent faire le point et chercher une idée pour comment faire. » (Un chef CSI/Keita)

D'une manière générale « *par rapport aux autres ONG, MDM est prompt à répondre aux problèmes posés* » nous dira un membre de l'ECD. Un autre dira :

« MDM s'implique pleinement avec l'ECD, MDM fait équipe avec l'ECD alors que les autres font cavalier seul. » (Un membre de l'ECD/Keita)

La constance sur le terrain à travers le compagnonnage

Les agents de MDM sont souvent dans les CSI pour travailler avec les agents de santé dans le but de les emmener à améliorer non seulement leurs pratiques soignantes, mais aussi la gestion du CSI de manière générale. Lors de cet appui technique, les infirmiers sont formés notamment à l'application de la GATPA pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. Les percepteurs sont également aidés à mieux classer les médicaments et à mieux faire les rapports. Cette activité est parfois bien appréciée par les agents de santé. En effet, ils considèrent que c'est une aide qui les soulage dans leur travail:

« Toutes les activités sont à 70% MDM. Ils font de l'appui technique. Ils peuvent venir dans le CSI 2 fois par semaine. Ils font des corrections de nos pratiques, la sage-femme fait les CPN. L'infirmière, en cas de défaillance, elle dit ses contributions, elle fait entrer les urgences. Elle fait la consultation s'il y a beaucoup de gens. Elle donne des conseils avec des observations. » (Un chef CSI/Keita)

Les agents de MDM ne viennent pas imposer leurs pratiques aux infirmiers, ils sont dans une posture de négociation comme le témoigne cet infirmier:

« Il n'y a jamais eu de problèmes. Avec MDM, il y a une nette collaboration avec le district et les chefs CSI. Les décisions sont prises avec le chef CSI et ce dernier a la priorité de décision. Ils n'ont pas un esprit autoritaire. » (Un chef CSI/Keita)

« Si l'infirmière dit que c'est pas bon, je demande à discuter. » (Un chef CSI/Keita)

Les observations portées par MDM même en présence des malades ne posent pas de problème selon cet infirmier, il y voit plutôt un moyen d'améliorer ses pratiques :

« Faire des observations devant les malades, pas de problème, la prochaine fois je ne fais plus. » (Un chef CSI/Keita)

A travers le compagnonnage, MDM se trouve dans une bonne posture pour se mettre au courant de toutes les difficultés concrètes que vivent les CSI, également de mieux suivre leur évolution. Cette constance sur le terrain a permis selon certains infirmiers de tisser un lien fort entre eux et MDM :

« Ils font des interventions sur la prise en charge de différentes maladies, les malnutris, la pharmacie, ils corrigent les lacunes. MDM vient s'asseoir avec nous et nous dit ce qui ne va pas. » (Un chef CSI/Keita)

« C'est une équipe qui passe la journée et la nuit avec le CSI Dans la soirée, ils discutent avec nous et les membres du COGES. » (Un chef CSI/Keita)

Notons que le compagnonnage ne se fait qu’au niveau des CSI, les cases de santé étant exclues de cette activité, ce que déplore cet ASC qui a bénéficié de l’appui de MDM dans le passé :

« MDM n’a jamais mis pied ici. Ils ont donné une formation au niveau du CSI sur le palu en août 2008. J’étais à Gahé, à ce temps chaque mois MDM nous rendait visite maintenant, ils ne retiennent que les CSI dans leur programme. Nous faisons les consultations et les traitements avec eux. Avec Yolande j’avais appris à écouter les BCF, il n’y a plus de don au niveau des cases de santé. J’ai reçu des formations pour renforcer les connaissances et des matériels, mais toujours sous couvert du CSI. Ils ont arrêté avec les cases de santé, c’est une mauvaise chose. On a appris beaucoup avec Yolande telles que les prescriptions avec le poids. » (Un ASC/Keita)

Si ce qui vient d’être dit montre les côtés positifs du compagnonnage, plus loin nous verrons qu’il est parfois l’objet de critiques négatifs de la part de certains acteurs.

Une ECD dynamisée par MDM

MDM est fortement intégrée dans les activités de l’ECD. Elle intervient au niveau des activités ponctuelles de l’ECD et cela depuis l’élaboration du PAA. Elle facilite la régularité des supervisions en mettant à la disposition de l’ECD le carburant, les véhicules et sa compétence technique.

« Nous faisons ensemble les supervisions, la dernière date du 3 au 5 novembre avec trois équipes avec les 3 véhicules de MDM. A l’ECD on a un problème de véhicule : seulement deux, une ambulance et une pour la supervision. » (Un membre de l’ECD)

En fait, elle fait presque tout avec l’ECD, à tel point qu’un membre dira :

« Sur les 80 activités, 50 sont prises en charge par MDM, ils prennent tout ce qui est concret, réaliste. » (Un membre de l’ECD)

De ce fait, MDM est perçue comme un bailleur, mais aussi un partenaire puisque comme le dit un autre membre de l’ECD « *on fait tout ensemble* ». Un autre encore témoigne de l’action de « catalyseur » de MDM sur l’ECD :

« MDM entraîne une motivation de l’ECD, il le dynamise, joue un rôle de catalyseur. Nous faisons les choses ensemble, personne ne fait à la place de l’autre. Nous sommes fiers du niveau de collaboration. » (Un membre de l’ECD)

Ce qui fait dire à un autre encore que :

« Si MDM se retire, beaucoup d’activités du PAA ne seront pas accomplies, les évacuations des bénéficiaires seront compromises. » (Un membre de l’ECD)

Dans le discours de nos interlocuteurs concernant les activités positives de MDM, la référence est souvent faite à un ancien chef de projet de l’ONG qui a laissé une bonne impression auprès de l’ECD :

« Dr Alain, il a géré avec nous les épidémies de choléra et de méningite, il faisait tout avec nous. On regrette le départ de Dr Alain. » (Un membre de l’ECD)

« Il est toujours disponible, il n’est pas compliqué, on aurait souhaité qu’il prolonge son séjour. » (Un membre de l’ECD)

6.1.2. Les faiblesses de l’appui de MDM

6.1.2.1. Une gestion peu prévisionnelle des MEG

En grande partie compte tenu des contraintes imposées par le bailleurs de fonds du projet qui ne voulait pas que l’ONG procède par l’achat des services exemptés mais pas la dotation en intrants, MDM procède à des commandes de MEG pour ses dons à l’endroit des CSI. Toutefois, il faut souligner que les commandes ne sont se font pas selon un agent de MDM « *en fonction du temps et des réalités du terrain* ». Ainsi, avec quelques cas de méningite diagnostiqués dans le district au moment de nos enquêtes, aucune disposition n’a été prise par l’ONG pour faire face à une éventuelle épidémie :

« MDM doit faire une commande, préparer un bouclier, mais jusque là rien. » (Un agent de MDM)

De plus, la gestion des MEG à son propre niveau n’est pas toujours bonne puisqu’elle se retrouve parfois avec des médicaments périmés qu’elle est par la suite obligée de brûler. Nous avons pu vérifier cela sur le terrain car certains médicaments qui arrivent en péremption dans les CSI proviennent des dons faits par les institutions internationales et les ONG y compris MDM (*cf. infra*).

L’autre problème à souligner par rapport aux médicaments, est la rupture avec la pharmacie populaire de Keita, alors qu’il existe une convention entre MDM et celle-ci. Le gérant avait l’habitude d’aller sur le terrain avec l’équipe de MDM, puisqu’il est très engagé dans la lutte contre les médicaments d’origine douteuse. MDM faisait ses commandes auprès de cette pharmacie. Mais il semble qu’actuellement cela ne soit plus le cas, l’ONG préférant faire ses commandes auprès d’autres fournisseurs à Tahoua. Cette rupture est regrettable quand on sait la contribution remarquable de ce gérant dans la disponibilité des MEG dans le district (*cf. supra*)

6.1.2.2. L’ambiguïté de la pertinence du compagnonnage

Si le compagnonnage de MDM est quelque fois bien perçu par les agents, parfois aussi cette activité pose quelques problèmes. En effet, certains agents trouvent que le compagnonnage de l’ONG s’impose trop dans leur travail. Elle est perçue comme une supervision, donc un contrôle de leur pratique :

« Quand c’est trop chronique, venir chaque semaine superviser, c’est pas bon. » (Un chef CSI/Keita)

Ils trouvent également qu’ils ont trop de travail, car le jour où MDM est là, ils finissent plus tard que d’habitude les consultations. Nous avons retrouvé ce même avis dans le discours d’un membre du COGES à propos de la perception des populations sur la présence de MDM dans les CSI soulignant toutefois en même temps que ces dernières apprécient le travail de l’ONG :

« Le jour où MDM est là, les populations trouvent que le travail est trop lent, en même temps ils constatent que les consultations sont meilleures, les soins sont de qualité donc il y a moins de retour. » (Un membre d’un COGES/Keita)

Un infirmier trouve que le compagnonnage de MDM n’est pas vraiment une aide puisqu’elle n’élargit pas son action sur les activités de consultation alors qu’elle lui prend du temps :

« MDM vient chaque semaine, ou chaque deux semaines. Ils ne veulent pas faire de consultations, ils ne veulent pas aider aux activités du CSI. Alors que c’est aidant/aidé, ils me prennent du temps, je leur donne quelque chose, il faut qu’ils me donnent en retour quelque chose. » (Un chef CSI/Keita)

On peut constater dans ce discours que le compagnonnage sert plus à MDM qu’aux agents de santé.

Il se pose aussi le problème d’autorité de MDM souligné par quelques membres de l’ECD. En effet, les agents de santé ne sont pas sous l’autorité de MDM. De ce fait, selon un membre de l’ECD, ils n’ont pas l’obligation d’obéir à MDM lorsqu’elle les corrige sur leurs pratiques.

« Ils ne doivent pas faire de remarques devant les agents car MDM n’a pas de légitimité devant les CSI. « Votre manière de consulter c’est pas comme ça » et ça devant les malades. Il n’y a pas de relation d’autorité entre CSI et MDM, L’ECD intervient parfois pour calmer. » (Un membre de l’ECD)

De plus, le fait que l’ONG fasse cette activité toutes les semaines est perçu comme du « harcèlement » :

« Il y a de petits conflits entre MDM et les infirmiers car leur compagnonnage ressemble à du harcèlement. Ce n’est pas une stratégie efficace. Ils viennent, ils regardent les papiers, c’est la routine, hors la routinisation a peu d’impact. » (Un membre de l’ECD)

Les agents de MDM reconnaissent que leur activité a peu d’impact sur les pratiques des infirmiers, mais selon eux, cela est dû au fait qu’ils sont trop débordés et qu’ils n’ont pas le temps d’intégrer de nouvelles pratiques :

« Il faut parler, parler... pour que les pratiques soient bien comprises. Mais ils ont trop de choses à faire donc ils ne peuvent pas suivre les pratiques enseignées. » (Un membre de MDM)

Mais en fait, ce qui semble déranger quelques membres de l’ECD si on se réfère à certains discours, c’est que le compagnonnage entre en compétition avec leurs activités. Ils se sentent court-circuités dans leur mission de supervision des CSI, puisque MDM fait seule cette activité sans chercher à les associer :

« MDM n’est pas un adversaire, on vise le même but. Ce qu’on suggère, c’est lorsque MDM constate des erreurs de pratique, il vient nous voir, on se concerte, puis on fait une descente et on corrige. » (Un membre de l’ECD)

La suggestion est également que l’ONG à la place du compagnonnage s’implique plus dans les activités collectives avec l’ECD.

« Mon souhait est que MDM utilise tout le carburant qu’il met dans les visites incessantes, dans les activités foraines et de PEV plutôt que d’aller observer si l’agent tient bien son aiguille (oblique ou pas), ces sorties qu’il fait un jour sur deux dans les CSI. » (Un membre de l’ECD)

Le dernier aspect à souligner, c’est que partout où nous sommes passés, que ça soit à Keita ou à Abalak, les infirmiers nous ont toujours affirmé que ce sont eux-mêmes qui font les accouchements dans les CSI. Toutefois les observations et le croisement des discours montrent que cela n’est pas toujours vrai. La tendance est plutôt que les accouchements sont faits par les matrones dans les CSI et le plus souvent à domicile. Ce constat revient à mettre en question la GATPA, une pratique que MDM essaie d’instaurer dans les CSI à travers les formations qu’elle donne à l’endroit des infirmiers et lors de ses activités de compagnonnage. La GATPA doit être pratiquée dans la minute qui suit la naissance, il se trouve que, au moment de la naissance entre les mains de la matrone notamment la nuit, l’infirmier peut être absent et ne soit mis au courant de l’accouchement que le matin.

6.2. L’exemption du paiement dans les districts de Keita et Abalak

6.2.1. Les perceptions concernant l’exemption

6.2.1.1. Du bien-fondé de l’exemption

L’ensemble des acteurs rencontrés trouve que la gratuité est une action noble et salubre. Les résultats du questionnaire que nous avons administré auprès des agents de santé des deux districts confirme parfaitement ce que nous avons constaté lors des entrevues (annexe 3 et 4). En effet, cette action sanitaire est très bien perçue, puisqu’elle s’adresse à une frange fragile de la population, à savoir les femmes et les enfants. Plus largement, certains voient dans cette action une aide pour les populations pauvres dans leur ensemble. Cette formule « *c’est pour les populations pauvres* » est plusieurs fois revenue dans les discours, puisque selon nos interlocuteurs, la gratuité soulage les familles pauvres, qui n’ont plus à dépenser pour les problèmes de santé des bénéficiaires. Plus précisément, les agents de santé insistent sur le fait que c’est une bonne chose car la population n’hésite plus à amener cette frange de la population qui est traitée gratuitement.

« La gratuité est une bonne chose, parce que ce n’est pas tout un chacun qui a de quoi amener son enfant au CSI, s’il est malade » (Un chef CSI /Abalak)

Ils constatent dans les deux districts qu’il y a une amélioration de la fréquentation :

« Avant par jour à peine 2 à 3 malades par jour viennent se faire consulter. Mais depuis la gratuité, on gagne 10 à 20 malades par jour, surtout pendant la période de paludisme où on peut attendre 40 à 50 malades par jour » (Un ASC / Keita)

« Les gens profitent, ils viennent directement et ils reçoivent les traitements » (Un chef CSI/Abalak)

72% des agents à Keita et 90% de ceux d’Abalak sont ainsi parfaitement d’accord avec le fait que l’exemption leur a permis de soigner plus de personnes.

Ils constatent aussi que les enfants malades sont emmenés plus tôt en consultation qu’auparavant :

« Les enfants qui sont pris en charge, maintenant les femmes ne tardent pas à venir comme c’est gratuit. Si c’était avant, les femmes n’ont pas d’argent pour amener les enfants se faire traiter. Maintenant comme c’est gratuit, les femmes viennent, les femmes viennent aussi pour la CPN » (Un chef CSI/Keita)

Par conséquent, ils ont moins de cas graves à traiter :

« Avec la gratuité de soins, il y a moins de cas graves. » (Un chef CSI/Keita)

Les membres de l’ECD ainsi que les agents de MDM ont les mêmes points de vue que les agents de santé :

« La gratuité permet l’amélioration des indicateurs au niveau du curatif » (Un membre de l’ECD/Keita). « La gratuité diminue les coûts d’accès aux soins de santé pour les ménages » (Un membre de l’ECD/Abalak). « La gratuité a fait que la consultation des enfants de 0-5ans double celle des adultes » (un agent de MDM)

Certains s’aventurent sur des chemins de relation causale douteux : « la diminution du taux de décès » (Un agent de MDM-Keita)

Quant aux usagers, ils voient à travers la gratuité une action de l’État qui fait qu’ils ne paient plus certaines prestations :

« C’est le *gomnati* (gouvernement), qui nous a diminué la charge, là où tu dois payer 1000 à 2000 F, maintenant tu ne payes rien » (Accompagnateur d’une malade/Abalak)

Mais il faut ajouter que nombre d’agents, comme ailleurs dans la sous-région [26], croient encore au caractère psychologique du paiement car une grande partie d’entre eux (56% à Keïta et 32% à Abalak) pensent que dans un contexte d’exemption du paiement les malades ne valorisent pas les soins (annexe 3 et 4). 39% des agents de Keïta et 58% à Abalak vont même jusqu’à dire que l’exemption fait en sorte que des patients cherchent à abuser du système. Dans le même ordre d’idée ils sont 50% à Keïta et 39% à Abalak à être parfaitement d’accord avec la proposition que les patients confondent l’exemption du paiement avec une distribution de médicaments.

6.2.1.2. Du mécanisme de fonctionnement

Le système de remboursement forfaitaire

Le remboursement des prestations rendues gratuites pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans se fait sur la base d’un forfait pour chaque acte gratuit. Rappelons ces forfaits dans le tableau suivant :

Tableau 4: Forfaits officiels de remboursement de la gratuité

Prestations gratuites	Hôpitaux Maternité nationaux	Centres Hospitaliers Maternités régionaux	Hôpitaux de districts	Centres de Santé Intégrés	Cases de Santé
Césarienne* GEU, rupture utérine	80.000f	50.000f	35.000f	-	-
Soins enfants 0 – 5 ans** (hospitalisés)	Pédiatrie 30.000 f	25. 000 f	10 000 f	2 100 f (observation)	-
	Chirurgie 40. 000 f	30. 000 f	12 000 f		-
	Autres services spécialisés 25.000f	20.000f	-		-
Soins enfants 0 –5 ans** (externe)	Pédiatrie 15 000f	10 000 f	5 000 f	500	250
	Chirurgie 20 000f	15 000 f	7 000 f	1000	-
	Autres services spécialisés 20.000f	15 000f	-	-	-
Consultation prénatale***	-	-	-	1000 f	-
Soins obstétricaux d’urgence	6 000 f	6 000 f	5 000 F		
Produits et consommables pour la contraception ****	1 000 f	1000 f	1000 f	1000 f	200 f
Cancers gynécologiques	Conformément au protocole de prise en charge défini par le comité chargé de son élaboration				

Source : MSP/LE/DOS/ Cellule gratuité

Ces forfaits sont considérés comme « raisonnables » par nos interlocuteurs. Cependant, près de la moitié des agents des deux districts (44% et 47%) pensent qu’il y a eu une baisse du taux de recouvrement des coûts à la suite de l’exemption nationale. Au-delà des délais de remboursement, cette opinion partagée montre le manque de visibilité de leur part sur le niveau de remboursement par le forfait des actes réalisés. Toutefois, pour certains agents pensent que les soins prodigués à l’enfant génèrent des frais qui dépassent ce forfait. Ainsi, un infirmier donne pour exemple le cas de la prise en charge d’une dermatose. L’un des problèmes qui se pose selon lui, est qu’il y a des enfants qui peuvent revenir deux à trois fois de suite dans la catégorie des visites retour. Ces retours incessants font qu’il arrive qu’ils reçoivent des soins supplémentaires qui occasionnent d’autres frais qui ne sont pas facturés dans le remboursement. Un autre infirmier ajoute dans le même sens que ces cas qui occasionnent une prise en charge de 3 à 5 jours entraînent des coûts qui sont largement au-dessus du forfait. Toutefois ces mêmes agents reconnaissent que ces frais supplémentaires sont en fait compensés par des cas qui n’atteignent pas la moitié du forfait : donc « ça s’équilibre ». En effet, il y a à l’inverse « des cas qui ne dépassent pas 200 FCFA. Si on respecte le guide il n’y a pas de problème » (Un chef CSI/Abalak).

Le circuit du remboursement

Sans pouvoir nommer les différentes étapes du circuit dans les détails, les chefs CSI et les membres des COGES décrivent le circuit du remboursement comme une trajectoire floue. Ils trouvent qu’il s’agit d’un dispositif élaboré par « ceux qui sont là-bas », c’est-à-dire au niveau de la hiérarchie dont le sommet se trouve à Niamey et que, eux ils n’y « connaissent pas grand-chose ». Par contre, les membres de l’ECD, particulièrement ceux de Keita, ont un discours plus précis. Selon ces derniers, le circuit du remboursement commence en fait par le premier trajet, l’« aller » qui correspond à l’envoi des factures des prestations fournies gratuitement par les formations sanitaires, sur la base de forfaits préalablement établis (*cf. supra*). Cette trajectoire commence par les cases de santé qui envoient leurs factures aux CSI qui à leur tour les envoient à l’HD en y joignant leurs propres factures. Le district envoie ensuite le tout à la DRSP y compris celles de l’HD. C’est au niveau de la DRSP que sont centralisées les factures du district avec celles du CHR pour envoi au niveau national le MSP, qui, au final remet au ministère des Finances (MF), dernier niveau où se retrouvent toutes les factures du pays. Le deuxième trajet, le « retour », correspond au remboursement par le MF des frais de prestations rendues gratuites en fonction des factures présentées. Le remboursement arrive directement dans les comptes en banque des districts qui le mettent ensuite à la disposition de chaque CSI. Ainsi dépeinte, le circuit du remboursement est perçu comme jalonné de nombreux niveaux de traitement des factures. Selon un membre de l’ECD de Keita, le circuit doit être simplifié en limitant le nombre des intervenants. Il souhaite une décentralisation du processus avec une remontée des factures qui ne dépasse pas le niveau de la DRSP. Ce qui pose le plus problème dans le remboursement c’est le retard qu’il accuse dans les deux districts bien qu’il soit plus crucial à Abalak qu’à Keita, nous y reviendrons plus loin.

Par ailleurs, on observe, lorsque le remboursement arrive au niveau du district, une différence de méthode de gestion dans sa répartition entre les deux districts. Ainsi à Keita, lorsque le remboursement arrive au niveau du district, il est ensuite réparti par virement dans le compte de chaque CSI qui fait ses commandes de médicaments auprès des pharmacies sur présentation d’un chèque. L’argent ne passe donc pas entre les mains des acteurs, il n’y a que le pharmacien qui, au bout de la chaîne, fait le retrait de l’argent du chèque remis par le CSI et qui correspond aux

médicaments qu’il a commandé. Il faut souligner que lorsque, le CSI fait sa commande, il fait aussi celles des cases de santé qui lui sont rattachées. Ensuite, les ASC des cases de santé viennent se ravitailler au CS. A Abalak, la situation se présente autrement. En effet, il est prévu en principe que lorsque le remboursement arrive au niveau du district, il y ait un virement dans le compte de chaque CSI l’argent correspondant aux factures qu’il a envoyées avec celles des cases de santé qui lui sont rattachées. Au moment où nous écrivons ces lignes, certes, un remboursement est arrivé dans le compte de l’ECD, mais il n’y a pas encore eu de répartition de l’argent) dans les comptes des CSI, nous y reviendrons plus bas. Les commandes à la pharmacie devraient aussi se faire avec un chèque. Mais il ressort que les agents de santé préfèrent que l’argent leur soit remis en mains propres. Un ASC dit préférer³ recevoir de l’argent de la part de son CSI pour plus de clarté dans la gestion de la case de santé vis-à-vis de la population.

« Je préfère que ça soit l’argent, car on peut montrer l’argent à la population, c’est mieux de donner l’argent aux membres du COGES qui vont acheter eux-mêmes les médicaments, c’est plus clair pour tout le monde. » (Un ASC/Abalak)

Le système d’approvisionnement en MEG

En principe, il est prévu que les formations sanitaires se ravitaillent en médicament auprès des pharmacies populaires qui représentent l’ONPPC dans les districts. Avant d’amener leurs commandes à la pharmacie, elles doivent les soumettre au contrôle de l’ECD pour avoir leur aval. Toutefois, la majorité des chefs CSI à Abalak a une perception négative de la capacité de l’ONPPC à assurer leurs commandes en médicaments. En effet, ils déplorent les « ruptures abusives » au niveau de l’officine, ce qui fait qu’ils n’ont pas la totalité des commandes qu’ils lui présentent. Par exemple un chef CSI souligne que « avec 100 000 FCFA à la pharmacie populaire, c’est à peine si on a 30 000 FCFA de médicaments ». La plupart du temps, le représentant de l’ONPPC les met sur une liste d’attente, le temps qu’il lance lui-même la commande auprès de la maison mère. Tout cela prend un temps relativement long, un chef CSI nous affirme :

« quand il dit d’attendre, ça peut aller jusqu’à un mois »(Un chef CSI)

Un autre en témoigne :

« Q : Vous arrivez à trouver tous les produits demandés?

R : Non, parfois il faudra aller à Tahoua. Une fois je n’avais pas eu de produits. J’ai laissé ma commande deux mois sans être servi. il a fallu que je reprenne ma commande pour aller les payer à la pharmacie Ader de Tahoua » (Un percepateur communautaire/Abalak)

Face à ces difficultés, certains CSI font le complément de leur commande dans le secteur privé. Dans ce cas, la pharmacie privée « Ader » à Tahoua est souvent considérée comme deuxième recours pour les CSI d’Abalak situés au-delà de la ville. Parfois, il n’y a guère de commande auprès de l’ONPPC, certains CSI préférant s’adresser directement à cette pharmacie privée d’autant plus que c’est auprès de celle-ci que l’ONPPC renvoie les commandes qu’il ne peut satisfaire.

³ Cette préférence a peut être un lien avec les relations conflictuelles qu’on nous a signalé entre cet ASC et les villageois.

« En principe nous devons commander nos produits à Abalak, mais malheureusement, c’est à des occasions très rares que nous nous rendons à Abalak. Sinon nous faisons la majorité de nos commandes à Tahoua à la pharmacie Ader. Elle nous vend au même prix que la pharmacie populaire. » (Un chef CSI/ Abalak)

D’autres CSI comme Tabalak, Taritarkat, Ibécétan et Akkoubounou expliquent que c’est plutôt parce qu’ils sont proches de Tahoua qu’ils y vont. Parfois aussi, d’autres préfèrent « lancer la commande ailleurs », cet « ailleurs » correspondant à des pharmacies privées installées dans un district voisins, généralement plus proche ou des fournisseurs « indépendants », la plupart du temps non agréés par l’Etat. Ces derniers passent de village en village, et court-circuitent ainsi la pharmacie populaire de rattachement. Il semblerait que pour écouler leurs médicaments auprès des CSI, ils leur proposeraient 10% de remise.

« A Abalak, il n’y a même pas une pharmacie populaire digne de son nom. C’est à Keita qu’il y a une pharmacie populaire digne de nom. Il y a un temps où nous partons faire nos commandes à Keita, (...), maintenant il y a d’autres qui font recours à nous comme PHARMATEC. Il y a aussi d’autres fournisseurs de Dakoro qui passent de CSI en CSI. Actuellement c’est à la pharmacie Haiyatou de Dakoro qu’on s’approvisionne. C’est pas cher, c’est presque la même chose » (Un chef CSI/Abalak)

Nous n’avons pas relevé de tels problèmes à Keita.

Les documents administratifs

Les supports de la gratuité d’ordre administratif tels que par exemple les carnets de soins, la fiche de synthèse mensuelle, les factures sont considérés comme des outils « très adaptés », ne posant *a priori* aucune difficulté de gestion⁴. Toutefois, c’est la capacité à les payer qui pose problème à cause du retard de remboursement. Les CSI arrivent difficilement, à les payer, dans ce cas ils les commandent en petit nombre. Parfois ils n’arrivent pas à mettre un budget pour les commander. Ils se passent alors de ces intrants préférant s’organiser autrement. C’est à Abalak que nous avons fait de tels constats nous y reviendrons plus loin.

6.2.2. La mise en œuvre de l’exemption

6.2.2.1. Le démarrage

Lorsque l’État nigérien a décrété sa nouvelle politique de santé basée sur la gratuité des soins dans le domaine de la santé de la reproduction et de la santé infantile, la mise en œuvre n’a pas été effective sur toute l’étendue du territoire. Elle s’est faite de manière progressive, certaines structures de santé ayant devancé d’autres. Il faut souligner que la plupart de ces premières structures à avoir appliqué la gratuité sont celles qui avaient l’appui de quelques ONG qui se sont données pour tâche d’accompagner le gouvernement nigérien dans sa politique d’exemption des soins. C’est le cas de l’ONG MDM-F qui mène ses activités dans le district sanitaire de Keita.

Ainsi à Keita, l’histoire de la nouvelle politique de gratuité commence avec celle mise en œuvre par MDM. Nos interlocuteurs précisent qu’elle a commencé en octobre 2006 par la gratuité dite de MDM, à la suite du décret ministériel, pour prendre fin en mars 2007 au moment où l’État a démarré réellement l’allocation des ressources. Les discours se basent sur deux points pour caractériser le type de gratuité instauré par l’ONG durant ces six mois : les dons de médicaments et d’équipement, d’une part, et, d’autre part, l’octroi d’une somme d’argent. Un infirmier témoigne :

⁴ Notons que ces outils font aussi parti du RC.

« Au début, c’était MDM qui avait commencé, ils donnaient des médicaments, ils prenaient les enfants en charge et à la fin de chaque mois, ils donnent un montant forfaitaire. » (Un chef CSI/Keita)

Les dons en médicaments concernent en majorité ceux destinés aux enfants, pour les accouchements sous forme de kit (en fait des intrants sont mis au préalable dans des sachets en plastique) et ceux qui concernent la PF. Il faut souligner que cette gratuité tout comme avec le système de l’État actuellement, était pratiquée parallèlement avec le système de RC. Cela a entraîné une réorganisation qui faisait que, entre autres, au niveau de la gestion des médicaments, à la perception, il y avait une pharmacie MDM, d’un côté, et, de l’autre côté, une pharmacie pour le RC. Les dons en équipements étaient constitués de matériels de soins et de produits d’entretien.

La somme que recevaient les structures de santé était constituée par la prime donnée aux agents de santé ainsi que par le salaire du percepteur et du manoeuvre. D’un interlocuteur à l’autre, le montant de l’argent donné par MDM aux infirmiers pour « combler le manque à gagner » varie. Ainsi, si certains disent se rappeler que cette somme était de 27 000FCFA à 37 000FCFA, d’autres avancent 30.000FCFA d’autres encore disent qu’elle était de 32.500CFA.

Lorsque nos interlocuteurs sont emmenés à faire la comparaison entre le système de gratuité de MDM qu’ils ont appliqué au début et celui de l’État dans lequel ils se trouvent actuellement, les avis sont partagés. D’un côté, il y a ceux qui préfèrent le système de MDM, car selon eux, avec l’ONG, ils ne s’inquiétaient pas de la disponibilité des médicaments. Autrement dit, ils étaient à l’abri des ruptures de médicaments, contrairement à ce qu’ils connaissent avec le système de l’État. De plus l’ONG suit régulièrement la disponibilité des médicaments qu’elle leur fournit, et en cas de problème elle réfléchit avec les CSI sur les possibilités de gestions adéquates. Autre avantage avec MDM, c’est que les agents de santé ont l’opportunité de découvrir de nouvelles molécules telle que le Prédnisolone qui est un anti-inflammatoire stéroïdien. Ce qui fait dire à un infirmier que « *avec l’Etat on ne commande que les molécules qu’on connaît, avec MDM, ils nous font connaître de nouvelles molécules.* » (Un percepteur/Keita)

De l’autre côté, il y a ceux qui préfèrent le système de l’État, car au moins disent-ils, ils ont la possibilité du choix des médicaments, puisque c’est eux-mêmes qui font les commandes. De plus, avec MDM ils ne disposaient d’aucun moyen pour faire le point sur la situation des médicaments qu’ils recevaient de l’ONG.

« Avec l’État, on préfère car on traite avec nos propres produits. Avec MDM il n’y a pas de base de données sur l’estimation des médicaments. » (Un chef CSI /Keita)

De plus, si les premiers disent découvrir de nouvelles molécules avec MDM, les seconds trouvent néanmoins que certains médicaments délivrés par l’ONG ne sont pas dans leur besoin. En fait, le point positif qu’ils reconnaissent avec la gratuité de l’État, c’est qu’ils ont la liberté de faire le choix des médicaments lors des commandes, tout en recevant aussi des dons de la part des partenaires.

« Nous préférons la gratuité de l’État, parce que, c’est par rapport au remboursement, nous faisons des factures que nous envoyons au district qui envoie directement à Tahoua qui envoie à Niamey et on nous rembourse directement dans notre compte. C’est avec l’argent là que nous achetons les médicaments » (Chef CSI de Loudou/Keita).

Cependant, ils déplorent les retards dans le remboursement des prestations qu’ils donnent gratuitement aux bénéficiaires. Ainsi, s’il n’y avait pas ce problème, celui de l’État aurait été l’idéal selon eux.

Le début de la gratuité à Abalak a commencé en mars 2007. Un infirmier précise qu’il a mis en application la gratuité précisément le 11 mars 2007. La mise en œuvre s’est faite à la suite d’une réunion rassemblant tous les chefs CSI du district de Abalak. C’est au cours de cette réunion que l’ECD leur a montré la lettre ministérielle concernant la mesure de gratuité. La décision qui ressortait de cette réunion est que comme le dit un infirmier « *de retour on devait mettre la gratuité en place.* » (Un chef CSI /Abalak)

6.2.3. Les forces de la mise en œuvre

L’information

Dans les deux districts l’information de la gratuité des soins s’est faite auprès des agents de santé lors de réunions officielles organisées par l’ECD ainsi que lors des supervisions. La majorité des agents pensent ainsi avoir été bien informés des modalités de mise en œuvre même si en même temps ils disent ne pas avoir été consultés pour la définition de ces modalités (annexe 3 et 4). Les autorités locales ont aussi participé à la diffusion de l’information. Toutefois c’est à Keita qu’elle a été relativement mieux réussie grâce à MDM qui n’a ménagé aucun effort en mobilisant des véhicules et du carburant pour ventiler la nouvelle dans tous les villages. Elle s’est appuyée sur la collaboration de l’ECD et des autorités locales (préfet, collectivités territoriales, chefs traditionnels).

« Pour la sensibilisation sur la gratuité et les autres problèmes de santé, MDM fait appelle à nous. Nous leurs rassemblons les gens au niveau des CSI ou dans les villages par le biais des chefs de village les « hakimais ». J’ai délégué des gens de ma cour pour travailler avec eux » (Un Chef de Canton /Keita).

Elle était d’autant mieux placée pour cette action qu’elle était alors la seule actrice organisatrice de la mise en œuvre de la gratuité dans le district.

L’approvisionnement en MEG

À Keita, MDM joue un rôle central dans l’approvisionnement en MEG. D’une part, l’ONG continue à faire le ravitaillement en médicaments des CSI et des Cases de Santé sous forme de dons après la phase de gratuité qu’elle avait commencé à mettre en œuvre. Elle a même fait le plaidoyer auprès d’autres ONG pour solliciter leur appui en médicaments lorsqu’il y a eu une épidémie de choléra. D’autre part, lorsque le district reçoit des dons de médicaments de la part de l’État ou de différents bailleurs, MDM assure souvent le transport de ces dons du district aux CSI. De plus, par le don de moto à tous les CSI, elle contribue ainsi à l’acheminement des médicaments commandés par ces derniers. La disponibilité des MEG dans les structures de santé implique un ravitaillement important et régulier. Pour cela, on observe qu’à Keita, la pharmacie populaire de l’ONPPC se révèle être un partenaire sûr. Malgré les difficultés que traverse cette centrale d’achat, ce gérant fait de son mieux pour honorer les besoins des CSI du district.

« J’ai moins de ruptures que les autres officines publiques de la région. En effet je suis conscient que l’approvisionnement au niveau de notre agence de zone n’est pas très significatif comme celui de Zinder. Donc je m’arrange à commander mes produits à la

centrale de Zinder ou directement à Niamey. C’est pourquoi je n’ai pas de ruptures » (Gérant pharmacie populaire/Keita)

Il accuse rarement une rupture, la seule signalée par le gérant dans son officine au moment de nos enquêtes concerne la phytoméladone. La totalité des CSI, sont très satisfaits de la prestation du gérant et cette analyse n’est pas uniquement fondée sur les dires du gérant mais à partir des propos des multiples agents et personnes rencontrées dans les CSI.

« Q : Est-ce qu’il y a toujours des produits chez le gérant ?

R : Oui, il a toujours des produits. On n’a pas de ruptures ici à Keita avec lui. Il peut même nous envoyer des produits si on estime qu’ils finiront avant la fin du mois et on le règle à la fin du mois » (Président d’un COGES /Keita)

L’organisation des évacuations

En principe, le système de gratuité ne prévoit pas la prise en charge des évacuations des bénéficiaires. Or, les populations cibles (les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans) doivent surmonter l’obstacle financier pour accéder aux soins gratuits lors des évacuations (*cf.* étude de cas annexe 2). A Keita, MDM comble ce vide en partie, en prenant en charge les évacuations de cette catégorie de population du district au CHR de Tahoua. Il arrive que, profitant de leur tournée de travail dans les CSI, les agents de santé leur demande d’assurer également le transfert de leurs malades (bénéficiaires et payants) sur le district, ce que l’ONG a toujours assuré.

La réorganisation du travail soignant

La gratuité a entraîné une augmentation de la fréquentation des structures de santé par les bénéficiaires, qui est corroboré par la réponse au questionnaire de la part des agents (annexe 3 et 4). Dans les CSI, les agents de santé ont dû s’organiser autrement pour faire face à cette affluence de malades. Ainsi MDM, avec le système de compagnonnage (*cf.* supra), a instauré le tri, permettant de repérer parmi l’ensemble des malades, surtout nombreux lors des jours de marché, ceux dont les cas nécessitent une prise en charge urgente. Au CSI urbain de Keita, les consultations pour les enfants, sont désormais séparées des consultations pour les adultes. Cela est matérialisé par deux bureaux situés côte à côte, chacun étant destiné à l’un des deux types de consultation. Le registre de décompte est désormais arrêté à la fin de la journée (et non à la fin du mois) pour une meilleure visibilité des activités. Il faut souligner aussi, la présence des ASC dans les CSI lors des jours de marché, ils viennent aider l’infirmier dans les consultations. Leur présence n’est pas obligatoire. Elle est dans la plupart des cas initiée par les ASC qui trouvent là, selon un ASC, une occasion de formation, il n’y aurait pas de rémunération:

« Q : Vous partez travailler dans les CSI ?

R : Oui, chaque mercredi le jour du marché.

Q : Pourquoi ?

R : Parce qu’il y a des choses qu’on ne connaît pas. Et quant on va aidé l’infirmier et qu’on voit un nouveau cas qu’on ne comprend pas, on lui demande et il nous explique. C’est comme ça qu’on apprend.

Q : Est-ce que quant vous allez l’aider, il vous donne quelque chose ?

R : Non, c’est bénévole, c’est pour apprendre. Je met mon essence dans ma moto et je parts l’aidé. Il y a d’autres qui ne vont pas » (ASC de Abalak).

Un autre ASC estime que ce n’est pas nécessaire d’aller le jour du marché travailler au CSI.

« Q : Est-ce que tu parts aidé le chef CSI ?

R : Non, sauf s’il n’y a personne, ou bien si j’ai un problème particulier ou bien je vais chercher la commande.

Q : Le jour du marché par exemple ?

R : Non, qu’est ce que je vais faire la bas. Si je vais, je vais fermer ici.

Q : J’ai vu dans d’autres CSI, les ASC aller le jour du marché aider l’infirmier.

R : Ce n’est pas obligé et ce n’est pas tous les ASC. Et nous ne sommes ici que quatre ASC au niveau de notre aire de santé. Il y a parmi nous un qui va chaque deux semaines. Mais ce n’est pas obligé. En plus au niveau du CSI, il y a deux infirmiers. »

Une augmentation de la fréquentation des CSI implique une augmentation de la consommation des médicaments, dont il faut assurer à la fois la disponibilité et la gestion au sein des CSI. Sur ce plan, l’ONG a largement contribué à une meilleure gestion dans les pharmacies, aussi bien par la formation des percepteurs, que par le suivi continu de leur pratique. Ainsi, d’une part, les percepteurs sont emmenés à avoir un rythme régulier de commande, qui permet d’éviter certaines ruptures à cause d’une mauvaise gestion. D’autre part, ils ont appris avec l’ONG, à bien différencier la pharmacie de stock et la pharmacie de délivrance. Ce qui leur permet de mieux repérer les médicaments qui arrivent en péremption et de les écouler en priorité le plus rapidement possible. Jusque là, cette méthode n’était pas appliquée par la plupart des CSI.

Est-ce cette réorganisation du travail ou cette perception d’une surcharge qui explique que plus de 40% des agents des deux districts (annexe 3 et 4) estiment avoir été exploités par la mise en place de cette nouvelle politique ? Ou bien cela s’explique par le peu d’implication dans la formulation de la politique et dans les retards importants du remboursement ? Cependant, les agents ne corroborent pas l’affirmation de la provocation par l’exemption d’un épuisement professionnel. Ils sont donc en mesure, pour le moment, de faire face à l’accroissement de la demande.

Une implication renforcée de la participation des COGES dans la gestion des CSI

Contrairement à ce que nous avons observé dans un précédent rapport sur Mayahi et sur Téra [27] (les choses s’étant amélioré depuis), dans les deux districts de notre étude les membres des COGES sont largement impliqués dans la gestion des CSI. La grande majorité des agents de santé confirment ce constat (61% à Keita et 50% à Abalak). Les COGES cherchent à comprendre ce qui se passe dans les CSI, les formations qu’ils reçoivent les aident pour cela. Ce sont eux qui gardent les reçus, font les versements et ils participent à la gestion des médicaments :

« Q : Etes vous impliqué dans la gratuité de soins ?

R : Oui, car même les commandes c’est avec nous qu’on la fait et c’est avec nous qu’on la reçoit, qu’on fait le classement. Nous vérifions les dates de péremption de chaque produit pour que nous ne soyons pas abusés » (Un membre de COGES/Keita)

Certains COGES formés principalement d’administrateurs et enseignants à la retraite ont réajusté leurs activités par rapport à l’augmentation de l’affluence des malades.

« Le réaménagement que nous avons fait à notre niveau, c’est qu’un membre du COGES qui est libre vient chaque jour aider le percepteur » (Président d’un COGES/Keita)

Ils sont des acteurs influents soit sur le plan financier (des commerçants qui parfois même font des prêts au CSI comme à Abalak), soit sur le plan intellectuel (un directeur d’école). A Tamaya (Abalak), ils manifestent leur réticence à la gratuité en refusant de débattre du problème de la baisse des recettes.

MDM, un renfort pour le travail de l’ECD

A Keita, on peut dire que l’ECD s’en sort plutôt bien en termes de gestion de la gratuité. Cela est en partie dû à l’appui de MDM. Comme le dit un membre de l’ECD « *MDM entraîne une motivation de l’ECD, il la dynamise, joue un rôle de catalyseur* » (ECD/Keita). MDM est en fait la seule ONG avec qui l’ECD travaille. L’appui de l’ONG va jusqu’à son implication dans l’élaboration du PAA en tenant un rôle technique. Elle prend en charge une partie du PAA. Elle participe activement aux supervisions de l’ECD en fournissant à la fois des véhicules et du carburant. L’ECD apprécie notamment le fait que l’ONG mette les compétences d’un médecin à leur disposition en la personne de son représentant local. Elle contribue à faciliter la communication entre l’ECD et les CSI en tenant le rôle de transmetteur des informations. Dans la transmission des données SNIS, elle assure parfois la récupération des données auprès des CSI lors de ses sorties. Le RAC ne marche pas souvent alors que MDM est plus régulier sur le terrain. La collaboration avec MDM est telle que l’ECD envisage de loger l’ONG dans le futur HD qui est en construction. Les propos suivants illustrent d’avantage les rapports positifs entre MDM et l’ECD (*cf.* aussi supra) :

« Ils me ramènent des données sur les maladies à déclaration obligatoire (MDO). Ce qui fait que je suis toujours prompt et rapide dans la transmission des données que je dois envoyer sur Tahoua lundi ou mardi au plus tard. » (Un membre de l’ECD/Keita)

6.2.4. Les faiblesses de la mise en œuvre

L’information

Avec plus de deux ans de gratuité, l’information dans le district d’Abalak est loin d’être acquise. Elle est parfois mal passée. Certes, les radios privées diffusent régulièrement en français et en haoussa l’information sur les prestations rendues gratuites et précisent les populations cibles. Toutefois, des agents de santé déplorent le fait qu’il existe encore des usagers qui pensent que l’accouchement est gratuit et ne prévoient pas, par conséquent, son paiement. Cela nous a été signalé même dans la ville d’Abalak. Parfois aussi, l’information n’est pas du tout passée dans certaines localités du district. Un chef CSI constate que certains usagers ne connaissent jusqu’à présent pas l’existence de la gratuité. Il s’agit surtout de personnes vivant dans les zones éloignées comme il nous le souligne :

« Ils ne savent pas que c’est gratuit. Là où ils sont, la radio ne les atteint pas, ou ils n’écoutent pas. Mais ceux qui sont aux alentours du CSI sont au courant. » (Un chef CSI)

L’organisation des évacuations

Les évacuations constituent le problème crucial du système de gratuité. Comme déjà soulignée, dans le système de gratuité, il n’est pas prévu que les évacuations des bénéficiaires soient prises en charge.

A Keita, la situation des évacuations se présente de la manière suivante :

Pour les bénéficiaires de la gratuité, les transferts du village au CSI et du CSI à Keita sont payants. Le transfert de Keita à Tahoua est gratuit car pris en charge par MDM.

Pour les usagers payants, les transferts du village au CSI et du CSI à Keita sont payants. Le transfert de Keita à Tahoua est pris en charge par le système des « centimes additionnels », le malade n’ayant donc pas à payer ce transfert.

Les évacuations rendues gratuites par MDM pour les bénéficiaires de la gratuité de Keita à Tahoua ont certainement contribué à soulager les familles. Mais l’ONG ne résout le problème des évacuations que de moitié car, les deux trajets en amont, soit du domicile au CSI puis de celui-ci à Keita, restent pour elles un parcours de combattant.

Le premier moyen auquel elles ont recours est bien sûr l’ambulance. Elles paient alors le prix du carburant qui varie suivant la distance entre le CSI et le district, il est fixé au kilométrage. La décision d’adopter ce mode de gestion des évacuations, des CSI au district a été prise collectivement lors d’une assemblée générale réunissant l’ECD, les chefs CSI et les membres des COGES. On sait pour chaque village combien l’usager est chargé de payer pour l’évacuation. Par exemple le prix du carburant avec l’ambulance de Farrarat à Keita revient aux familles à 14 000 FCFA. De Ibohamane, il est de 7 000FCFA. A Loudou, nous avons une difficulté pour connaître le prix exact car d’un côté le chef CSI nous affirme qu’il est de 14 000FCFA, de l’autre côté avec le manœuvre il est de 10 000FCFA. La différence entre les sommes avancées par nos interlocuteurs s’explique par le fait qu’il y a une fluctuation du prix du litre du carburant ce qui par conséquent entraîne une variation de la somme à payer. Dans tous les cas, ce mode de paiement ne semble pas correspondre aux réalités des usagers, et cela se traduit concrètement par des conflits entre eux et l’ambulancier, ce dernier exigeant d’être payé à l’avance avant de transporter le patient.

D’autres moyens existent aussi pour les évacuations, mais qui ne sont pas également sans problèmes. Le recours au véhicule de la mairie est une possibilité qui a servi quelques personnes, mais on note dans certains endroits qu’il est peu opérationnel car souvent en panne. De toutes les manières, la mairie est souvent perçue comme un acteur presque absent dans le secteur de la santé, comme nous l’affirme ce percepteur à Keita :

« On ne peut pas compter sur la mairie, elle ne joue pas ce rôle ici, la voiture de la mairie est en panne » (Un percepteur/Keita)

Dans une commune, la mairie a prévu 100 000 FCFA pour les cas sociaux en 2008, cette somme a été revue à la hausse en 2009. Mais un conseiller municipal, également président du COGES, se plaignant d’avoir reçu une somme insuffisante lorsqu’il était confrontée à une évacuation de son enfant, nous fait comprendre que la notion de « cas sociaux » peut être l’objet d’une perception très large.

Le recours aux véhicules de transport en commun est un autre moyen d’évacuation pour les familles et peut comprendre deux cas de figure. Soit la famille loue le véhicule de transport en commun à une somme relativement élevée. Là aussi, le prix varie suivant la distance. De Gadamata à Keita, la famille paie pour la location 30 000 FCFA à 40 000FCFA. De Loudou elle paie 30 000FCFA. Soit le malade fait le voyage sur Keita en même temps que d’autres passagers parce que son état n’est pas trop grave et lui permet donc de voyager dans cette condition, ou que la famille n’a pas la somme requise pour louer le véhicule. Il est intéressant de noter les stratégies des familles pour pouvoir faire face aux dépenses lors des évacuations. Il y a dans le village, la présence parfois d’un « *El Hadj* » qui prête l’argent nécessaire pour l’évacuation. Il y a aussi le rôle tenu par les « *exodants* »⁵ pour aider les familles par le système du « Western Union local » :

⁵ Le terme « exodant » est utilisé par nos interlocuteurs du district sanitaire de Keita pour désigner un émigrant. Nous avons également noté un autre terme local tel que « vénévolant » pour désigner un bénévole. De même le terme de « ambulance locale » fait référence à la charrette tirée par un âne pour transporter les malades.

« Il y a quelqu’un qui fait Western Union, il est remboursé par le parent exodant de la famille ». (Un percepteur/Keita)

Toutefois comme le dit un chef CSI de Keita :

« Il existe des cas où le malade n’a pas d’argent, alors le malade reste à la maison, il n’est pas évacué pour recevoir les soins adéquat. » (Un chef CSI/Keita)

En d’autres termes « *si le malade n’a pas d’argent, il rentre chez lui et meurt* » (Président COGES, conseiller municipal et directeur d’école/Keita). Ces malades qui ne sont pas évacués sont en général ceux qui sont sans capital relationnel, sans capital économique. Par exemple nous avons été témoins du cas d’un nourrisson qui nécessitait une référence sur Keita pour motif de malnutrition sévère. L’enfant, dont la mère est une malade mentale, n’a pas été évacué pour cause de moyen financier et d’incapacité physique des grands-parents qui l’avaient emmené en consultation.

A Abalak, la situation n’est pas meilleure, elle est même en de ça de celle de Keita. Il n’y a pas dans ce district le système du « centimes additionnels ». Les malades paient pour les évacuations à tous les niveaux, c’est-à-dire du CSI au district et de celui-ci à Tahoua. Parfois un même malade se retrouve à payer d’abord l’évacuation sur Abalak et lorsqu’il est ensuite référé sur Tahoua, il paie encore. Les malades à Abalak ont parfois recours aux mêmes moyens de transport des malades que nous avons déjà présentés dans le cas de Keita et qui posent les mêmes problèmes. Il s’agit : de l’ambulance, du véhicule de la mairie, des véhicules de transport en commun (*cf. supra*). Là aussi il y a un commerçant El Hadj pour prêter l’argent de l’évacuation, et un « Western Union local ». La somme payée par les familles est en moyenne beaucoup plus élevée qu’à Keita à cause du fait que le district est plus vaste avec des CSI très éloignés de l’HD. Une infirmière du pavillon des césariées à la maternité Tassigui de Tahoua nous confie que les patients évacués du district de Abalak se plaignent souvent de la somme élevée qu’ils paient pour leur évacuation :

« Ils disent que c’est trop cher, des malades paient jusqu’à 50 000 FCFA » (Infirmière maternité Tassigui/Tahoua).

Abalak présente aussi des problèmes de communication entre les CSI et le district. Ce dernier possède certes un RAC mais il est fréquemment en panne. Souvent, en cas d’évacuation, la solution pour les agents de santé dont le CSI n’est pas couvert par le réseau de téléphone portable, reste d’appeler par RAC un CSI couvert par le réseau et qui est chargée de joindre par téléphone le district pour appeler l’ambulance. Un infirmier nous dit :

« on fait appel à l’ambulance par radio certains CSI qui appellent à leur tour par cellulaire le district » (Un chef CSI /Abalak)

Les deux districts ont le problème commun de ne pas disposer d’un bloc chirurgical, ce qui augmente le nombre des évacués sur Tahoua pour les cas nécessitant une césarienne. L’étude de cas en annexe 2 (étude de cas n°1) montrent comment l’évacuation est parfois très dure à la fois physiquement et financièrement pour les familles. Ainsi, la césarienne n’est gratuite qu’en ce qui concerne son acte, les coûts engendrés par un tel acte peuvent parfois être très importants, tel que cette étude de cas, et tant d’autres cas rencontrés lors de cette évaluation, le montre.

Le problème de l'accès et de l'utilisation dans la pyramide sanitaire

Dans les deux districts, nous avons souvent vu arriver dans les CSI « l'ambulance locale » (cf. supra), souvent le seul moyen de transport des malades de leur domicile au CSI. L'accès au CSI, par ce moyen, pour par exemple un village situé à 4 km de son CSI, relève du parcours du combattant, surtout lorsqu'il s'agit d'un cas nécessitant une prise en charge urgente. Certes, les véhicules de transport en commun peuvent être utilisés, mais leur fréquence dans les villages éloignés est plutôt rythmée par les jours de marché dans les villages où se trouve un CSI. Le problème est plus crucial à Abalak où les populations sont parfois très éloignées des structures de santé. Le problème dans ce district aurait peut être été résolu en partie si les cases de santé fonctionnaient. Mais tel n'est pas le cas, car comme le dit un chef CSI « *c'est comme si les gens ne veulent pas donner de l'importance à la case de santé* » (Un chef CSI/Abalak). Celui-ci n'a qu'une seule case de santé qui lui est rattachée. La case de santé en question est celle d'A. où l'ASC est souvent absent, ayant même abandonné son lieu de travail pendant un mois selon les dires du chef CSI qui ajoute que ses malades préfèrent venir directement à son CSI distant de 17 km. Nous avons pu vérifier cela, lorsque nous nous étions rendus en premier dans cette case de santé avant d'aller à son CSI de rattachement. L'endroit était désert : pas un soignant, pas un malade. Nous avons tourné aux alentours à la recherche d'une âme qui vive. C'est lorsque nous avons décidé de continuer notre route qu'une personne a surgit d'une concession : c'est l'ASC. L'explication qu'il a donnée lors de l'entretien par rapport à l'inertie de sa case est que les populations dont il a la charge sont des nomades qui se déplacent beaucoup à la recherche d'eau. Si le déplacement régulier des populations est une réalité posant des difficultés à les atteindre, il faut néanmoins souligner que le problème des cases de santé a été posé ailleurs dans le district de Abalak, notamment à B.. Le CSI a quatre cases de santé qui lui sont rattachées. Cependant, l'infirmier note que seulement deux ASC sont réguliers. Il explique son problème d'autorité sur les ASC par le fait que :

« Ils ne sont pas directement sous notre autorité. On s'est toujours plaint de ces absences des ASC. Comme c'est sous la coupe du programme spécial⁶... » (Un Chef CSI /Abalak)

De plus, cet infirmier constate que ses ASC n'ont pas reçu une bonne formation, selon lui ils ne savent pas faire un acte simple tel que la mesure de la hauteur utérine.

Ces deux problèmes relatifs à l'accès aux services de santé présentés ci-dessus, à savoir l'éloignement des populations et des cases de santé peu fonctionnelles, ont un impact direct sur l'utilisation des services de santé par les familles. Certaines familles sont obligées d'attendre le jour du marché du CSI pour emmener leurs malades, profitant ainsi des véhicules de transport en commun. Parfois, lorsque le cas ne nécessite que des pansements quotidiens, elles préfèrent camper sur place, dans la cour du CSI que de rentrer et de revenir plusieurs fois. D'autres, toujours pour minimiser les difficultés, préfèrent garder leurs malades à la maison, et espèrent avoir des médicaments de l'agent de santé sur description des signes observés. Un infirmier nous raconte que cela arrive fréquemment :

« Lorsque le père de l'enfant arrive le jour du marché, il vient au CSI pour expliquer la maladie de son enfant afin d'obtenir des médicaments. Mais je refuse car je dois voir l'enfant d'abord. Le père, pour qui c'est trop compliqué de l'emmener au CSI vu la distance, va avec

⁶ En septembre 1999, la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI) à travers la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, présentent leur nouvelle conception des programmes de prêts aux pays pauvres. Cette stratégie s'appuie sur des programmes de création d'infrastructures sociales sur la base de l'annulation de la dette par l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le Niger participe à cette stratégie depuis l'an 2000 à travers le programme dit de « Programme spécial du Président de la République ».

les pharmacies par terre. C’est seulement lorsque l’état de l’enfant s’aggrave qu’il se décide à l’emmener ici. » (Un chef CSI /Abalak)

Autre problème à soulever, c’est l’utilisation des services de santé de la reproduction. La gratuité a entraîné partout une augmentation des CPN même si elles n’atteignent pas les consultations chez les enfants de 0-5ans⁷. Par exemple à B., on note qu’en 2006 durant la période de haute fréquentation qui va de septembre à décembre selon le chef CSI, le nombre de CPN varie entre 51 et 68. En 2008, ce nombre a augmenté durant la même période allant de 66 à 87. Mais si des femmes viennent pour les CPN, ces mêmes femmes disparaissent des services de santé au moment de l’accouchement. Ce problème, présent dans tous les CSI, s’explique de trois manières. La première est liée au coût de l’accouchement. Si la CPN est gratuite pour une femme, celle-ci doit payer lorsqu’elle tombe malade et lorsqu’elle accouche, ce qui est paradoxal en terme de santé publique, particulièrement lorsque les experts insistent sur l’importance de l’accouchement médicalement assisté⁸. A Keita, bien qu’il y ait des kits d’accouchement mis à la disposition des CSI par MDM, généralement le tarif est de 600 FCFA pour un accouchement simple, et de 2000 FCFA pour un accouchement qui nécessite des soins supplémentaires. Nous avons noté dans une case de santé que ce tarif est de 700 FCFA. A Abalak, la mise à disposition de kits d’accouchement est récente, seulement en septembre 2008. Le tarif est parfois le même qu’à Keita, mais parfois aussi il peut atteindre pour l’accouchement simple jusqu’à 1000 FCFA (Tamaya) et même 2000 FCFA (Maternité de l’HD)⁹. Il faut ajouter qu’en plus de la somme versée dans la caisse du CSI pour l’accouchement, les femmes doivent aussi payer une somme pour « la poche » de la matrone. Cette somme varie d’un village à l’autre, soit 200 FCFA à 1000 FCFA. A cela on ajoute aussi des paiements en nature : une mesure de mil, un savon, une partie du mouton égorgé le jour du baptême. On comprend donc dans ces cas, la préférence des femmes à accoucher à domicile. Au CSI elles doivent payer deux fois à savoir le CSI et la matrone. Un accouchement à domicile ne comprend que le paiement de la matrone. Le paiement de l’accouchement constitue donc un obstacle pour l’accouchement assisté.

La deuxième explication est que, comme le souligne la plupart des agents de santé, les femmes n’aiment pas le TV (Toucher vaginal). Une infirmière rencontrée nous confie :

« Les femmes viennent rarement accoucher ici. Elles font l’accouchement à domicile. Elles ne veulent pas le TV. » (Une infirmière/Abalak)

Il faut préciser que, habituellement, particulièrement à Abalak, comme le dit un chef CSI, les femmes font l’accouchement à domicile et ce sont leurs mères qui font l’accouchement. A Keita, c’est plutôt le système des matrones élues par chaque quartier du village. On note que celles qui travaillent dans les CSI et qui sont censées attirer les femmes à venir accoucher au CSI, font elles-mêmes les accouchements à domicile. C’est seulement après qu’elles emmènent la femme et l’enfant au CSI. La troisième explication est liée au temps que les femmes se sentent obligées de passer au CSI après l’accouchement. Comme le souligne le président d’un COGES « *les résistances sont dues au fait que les femmes n’aiment pas passer un jour ou deux au CSI* » (Un président COGES /Keita). Cela laisse entendre qu’elles préfèrent écourter le temps passé au CSI lorsqu’elles y vont accoucher. Entre autres causes, le comportement négatif de certains agents de santé vis-à-vis d’elles y est certainement pour quelque chose lorsqu’on se réfère au discours de quelques femmes venues pour les CPN au CSI de C. :

⁷ Dans certains CSI, les infirmiers continuent à faire payer les CPN, nous y reviendrons plus loin.

⁸ Le gouvernement nigérien compte rendre gratuit l’accouchement.

⁹ Le médecin chef de l’ECD projette de baisser ce tarif, pour inciter les femmes à accoucher à la maternité.

« Tu sais, nous les femmes, il faut être gentil avec nous. A C. on est mieux accueilli, et en plus quand tu finis on te donne une moustiquaire. Tandis qu’à D. malgré qu’il y a une madame, on ne s’occupe pas bien de nous, c’est pourquoi on préfère marcher pour se faire soigner. » (CSI /Keita)

Le problème de la prise en charge de la malnutrition

Depuis le départ de ACF en septembre, les CSI manquent d’intrants pour la prise en charge des malnutris. Dans les deux districts, ce ne sont que des hangars délabrés et abandonnés, témoins des activités passées de ACF. Ainsi, au moment de nos enquêtes dans les deux districts, même si le dépistage se poursuit, nous n’avons pas observé une réelle prise en charge des malnutris dans les CSI ruraux. A Keita, quelques rares CSI ayant encore en réserve des intrants laissés par ACF font une distribution pour les malnutris. Au CSI de C., les rations alimentaires en réserve sont destinées aux malnutris sévères, et les cas modérés sont enregistrés sur une liste d’attente, les agents espérant une éventuelle donation de la part d’une ONG. Mais, la plupart des CSI ruraux réfèrent systématiquement les cas sévères au CSI urbain de Keita où des bénévoles formés par ACF et oeuvrant au sein du CRENI, continuent d’assurer la prise en charge avec les intrants fournis par l’UNICEF. A Abalak la référence se fait sur Tahoua, sinon les agents se contentent de donner des conseils nutritionnels avec les produits locaux. C’est seulement à Tamaya qu’on nous signale la présence d’une ONG (IRD) qui fait le dépistage et la prise en charge des malnutris depuis février 2008. Nous n’avons pas pu avoir d’autres renseignements sur leurs activités.

La PF vraiment gratuite ?

Si la PF fait partie des prestations rendues gratuites, il faut souligner que la fréquente rupture des intrants ne facilite pas sa pratique. Au moment de nos enquêtes dans les deux districts, certains CSI sont en rupture depuis deux mois. Les agents de santé témoignent qu’un nombre non négligeable de femmes viennent au CSI pour la PF, mais par faute d’intrants ils sont obligés de leur remettre une ordonnance. Ce qui revient au constat que les femmes paient pour la PF durant les périodes de ruptures, ou ne la pratique plus. Certaines femmes se rabattent parfois sur les « pharmacies par terre ». Autre problème de disponibilité des intrants à souligner, c’est la préférence des femmes en général pour le léoféminal, souvent disponible en quantité insuffisante par rapport à l’ovette. Par ailleurs, on relève que l’autonomie décisionnelle des femmes à pratiquer la PF n’est pas encore acquise. Si certains agents de santé se rendent complices des femmes en leur fournissant en cachette les contraceptifs, nous avons rencontré un agent, chef de CSI, affirmant qu’il exige qu’elles soient accompagnées du mari, de la belle-mère ou du beau-frère pour être sûr qu’elles ont l’autorisation de la famille. Selon cette même personne, cette mesure est appuyée à Abalak par l’ONG locale MASNAT parrainée par MDM. L’information reste à vérifier dans d’autres CSI.

Rupture, péremption et parfois endommagement des MEG dans les CSI

Les ruptures de médicaments ne sont pas rares et concernent surtout ceux que l’État fournit sous forme de dons aux structures de santé. Au moment de nos enquêtes, ce sont les intrants de la PF et le Coartem[®] qui ont disparu des CSI. A Keita, un infirmier nous dit : « *ces trois derniers mois, nous sommes en rupture de coartèm* » (Un chef CSI /Keita). A Abalak, un autre nous dit « *nous n’avons plus de coartèm, nous sommes retournés à la chloroquine* » (Un chef CSI /Abalak)¹⁰. Il y a un produit qui est fréquemment absent ou s’il existe dans certains CSI, c’est en très faible

¹⁰ Nous avons cependant observé la présence de Coartem[®] à l’HD de Abalak.

quantité : c’est l’amoxicilline en sirop que les CSI doivent commander, car il ne fait pas parti des dons. A l’ONPPC des deux districts, nous avons observé que ce sirop est disponible en grande quantité. En réalité, il ne s’agit pas à proprement parler de rupture dans les CSI, mais d’un refus des agents de santé d’en faire la commande ou de le faire très peu. La raison avancée par ces derniers est que la commande de ces sirops leur revient chère : un infirmier nous dit que le flacon à lui seul dans la prescription coûte 475 FCA au CSI¹¹. Ici, le système de « l’équilibrage » (cf. supra) ne marche pas, la seule solution étant d’arrêter ou de baisser les commandes sur ce produit. De ce fait, les agents de santé ont de plus en plus tendance à développer la « culture du comprimé » : à la place des sirops ils ne prescrivent presque plus que des comprimés. Cette culture se généralise d’autant plus qu’elle trouve une certaine légitimité par le fait que, selon les agents de santé, la prescription de comprimés chez les enfants est une recommandation du PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l’enfant).

Il n’est pas rare non plus que les agents de santé soient confrontés à des médicaments périmés. Cela tient parfois à un problème de gestion au niveau de la pharmacie. Nous avons observé, surtout à Abalak une absence de distinction entre la pharmacie de stock et la pharmacie de délivrance. Par exemple à l’HD il n’y a pas de pharmacie de stock, tous les médicaments sont mis sur les étagères. Celles qui sont derrière contiennent le stock, selon le percepteur, mais il est allé prendre en notre présence à plusieurs reprises des médicaments dans les étagères qui sont aussi bien devant que derrière. Les agents minimisent la cause de leur mauvaise gestion par l’intermédiaire du problème de la péremption. Ils soutiennent que, lorsqu’ils font leur propre commande, ils sont vigilants sur les dates. Il s’agit surtout des dons de médicaments provenant de l’État et des ONG y compris ceux de MDM qui sont délivrés souvent pour la plupart sur le point d’être périmés. Ils essaient de les écouler assez rapidement, mais beaucoup restent sur leurs bras. Le système de retour au niveau de l’ONPPC devrait éviter ce type de problème, mais la procédure qui passe par les COGES et l’ECD est rarement suivi.

Le transport des médicaments est un problème crucial à Abalak. Des cas d’endommagement de médicaments nous ont été signalés, lorsque les véhicules de transport en commun font l’acheminement des médicaments dans les CSI. Un infirmier en témoigne :

« Parfois il y a des médicaments totalement endommagés qui arrivent à destination par les moyens de transport en commun » (Un chef CSI /Abalak)

Les retards de remboursement

Le problème des remboursements constitue le grain de sable qui fait grincer la mécanique de la gratuité. La durée du retard n’est pas la même dans les deux districts. A Keita, au moment de nos enquêtes, les remboursements accusaient un retard de 9 mois.

« On n’a pas plus de 40% de remboursement. Depuis avril 2008 il n’y a pas eu de remboursement. » (Un chef CSI/Keita)

Le tableau suivant rend compte de ces retards concernant les derniers remboursements reçus.

¹¹ Selon le gérant de la pharmacie populaire de Abalak, l’amoxicilline sirop est vendu aux CSI à moins de 300 FCFA pour le 125 mg et à 250 FCFA pour le 250 mg.

Tableau 5 : Les retards dans le remboursement au district des actes réalisés gratuitement par les CSI

Mois de réalisation des actes	Date de remboursement	Délais de remboursement
Août 2007	Mars 2008	6 mois
Septembre	Avril 2008	6 mois
Octobre		5 mois
Novembre	Juillet 2008	7
Décembre		6
Janvier 2008		5
Février	Août 2008	5
Mars		4
Avril		3

A Abalak, l’attente est plus longue, deux ans au moins, c’est-à-dire depuis le début de la gratuité aucun remboursement n’est arrivé au niveau des CSI et des cases de santé, ce qui explique que nous ne puissions produire un tableau comparatif.

« Q : Quand est ce que la gratuité a commencé ?

R : Il y a 2 ans.

Q : On vous a remboursé ?

R : Non, même pas une fois. J’ai maintes fois demandé, je n’ai jamais eu de réponse, ça ne fait même pas 30 jours que je reviens de là-bas (district) » (*Un trésorier de COGES/Abalak*)

Les agents d’Abalak sont encore plus insatisfaits que ceux de Keïta au sujet du remboursement, 79% vs 56%. (Annexes 3 et 4). Comme déjà dit plus haut, nous précisons qu’un premier remboursement est arrivé dans le compte du district mais aucune somme du remboursement n’est arrivée dans les comptes des CSI. Les ECD reconnaissent que la cause du retard ne se trouve pas au niveau supérieur, c’est de leur propre faute. A Keita, les trois premiers mois de retard étaient dus à l’absence de leur gestionnaire, et le retard des trois mois suivants est le fait d’une erreur dans les factures. A Abalak, le retard d’envoi et des erreurs dans les factures ont abouti à ce grand retard que connaît le district. Là aussi, c’est le gestionnaire qui est en cause. Les discours révèlent que ce dernier (il s’agit de l’ancien gestionnaire, le nouveau n’ayant fait que 15 jours de fonction au moment de nos enquêtes) n’a pas joué son rôle, il aurait eu un comportement de négligence (après son départ, on a retrouvé dans son bureau de nombreuses factures qui n’étaient pas encore envoyées à Niamey) et parfois même de refus de collaborer (il ne répondait pas aux coups de fil provenant de la cellule de la gratuité)¹². Si les ECD sont au courant des causes du retard, au niveau des agents de santé et des membres des COGES, les causes ne sont pas claires. En effet, les agents de santé se plaignent du retard et ne le comprennent pas d’autant plus que selon eux, ils envoient à temps les factures comme il leur a été demandé. A Abalak, une infirmière qui a déjà servi à Keita exprime sa confusion en ces termes :

« A Keita à chaque fois on a le remboursement alors que ici, je ne sais pas où passe l’argent ? » (Infirmière /Abalak).

Il est clair que l’information sur les causes du retard ne leur sont pas parvenu. Un membre du COGES dira :

« J’ai l’habitude de demander où se trouve l’argent pour le remboursement de la gratuité, on me dit que c’est à Niamey. Niamey c’est une grande ville, chez qui je vais aller chercher

¹² Il aurait été intéressant d’avoir un entretien avec l’ancien gestionnaire pour mieux comprendre ce qui s’est vraiment passé.

l'argent, à "maraba da baki" (Bienvenue aux arrivants), c'est des problèmes oui ou non ? »
(Membre d'un COGES /Abalak)

La rumeur d'un premier remboursement s'est répandue dans les CSI. Certains parlent de 8 000 000 FCFA, d'autres de 5 000 000 F CFA. Là aussi l'information n'est pas claire. Le médecin chef de l'ECD affirme qu'effectivement l'argent a été envoyé dans le compte de l'ECD et il confirme que c'est la somme de 8 000 000 FCFA qui a été envoyé sur un total de 38 446 800 FCFA sans pouvoir nous indiquer les mois qui sont précisément remboursés. A propos de cette somme disponible seulement au niveau de l'ECD un infirmier nous a appris que le MCD dit ne pas savoir « *comment distribuer cette maigre somme entre tous les CSI* » (Un chef CSI /Abalak). Il est clair que la gratuité a vidé les comptes des CSI. Un infirmier nous dit :

« On fait des gymnastiques pour prendre les médicaments à crédit » (Chef CSI Garhanga/Keita).

La situation est tellement grave que certains CSI n'ont plus d'argent en banque. À la date du 26 février 2009, c'est le cas des CSI de N'Gawar, Mayata, Tamaya et Tagalat. Les autres CSI ont encore une trésorerie positive, mais pour combien de temps encore ? (Taritarkat 154.770 francs, Abalak urbain 3.462, Tabalak 552.000, Ibécétan 20.000, Abouhaya: 52.118 et HD 1.474.000)

La commande des médicaments est en baisse, un autre nous dit :

« Avant, on avait des commandes de 500 000 à 600 000 FCFA par mois, maintenant on fait moins de 300 000FCFA. » (Chef CSI /Abalak)

La quantité de médicaments dans certains CSI est insignifiante. Par exemple dans un CSI à Abalak, la pharmacie de délivrance se trouve sur le bureau du percepteur (elle se résume à quelques boîtes de comprimés), et la pharmacie de stock contenue dans une armoire ne dépasse guère une dizaine de boîtes, certaines sont entamées. Il n'y a plus de versement dans les comptes, et cela concerne même les CSI qui sont considérés comme ceux qui marchent bien du fait des recettes élevées qu'ils faisaient avec le RC¹³. En effet, les recettes issues des prestations payantes (RC) sont devenues trop insignifiantes pour les verser dans le compte, d'autant plus que pour les CSI éloignés du district, il faut aussi prévoir les frais de transport et de nourriture de la personne qui sera chargée de faire le versement à la banque en ville :

« On ne fait plus de versement, notre compte est vide. Ce n'est plus la peine de faire le versement car en plus la personne qui va faire le versement est pris en charge soit 10 000FCFA. » (Chef CSI /Abalak)

Le gérant de l'ONPPC de Keita témoigne de cette situation, car il en fait parfois les frais :

« Les CSI font des commandes dérisoires. Ils ont des comptes pas solvables car ils ne font pas de versement. Je peux faire deux mois sans toucher les chèques. » (Gérant pharmacie populaire/Keita)

¹³ Il semble qu'à Abalak certains CSI ne font pas de versement à la banque non pas à cause du retard de remboursement, mais parce que le COGES préfère garder l'argent à son niveau pour des raisons que nous ne savons pas. Cette information est à clarifier.

C’est dire à quel point la situation financière des CSI est alarmante. La gratuité a entraîné l’affluence des malades, il y a plus de consommation de médicaments qu’avant, cela devrait augmenter les ressources, mais le gain n’est que virtuel :

« Nous avons un taux de 150%, c’est bon pour le CSI, mais c’est pas physique, car il n’y a pas de remboursement. » (Un chef CSI /Keita)

A Keita, la plupart des agents de santé affirment ne pas fermer le CSI grâce à l’appui de MDM :

« Le dernier remboursement c’est en juin. On ne ferme pas grâce à l’appui de MDM. » (Un chef CSI /Keita)

« Sans MDM on n’arrive pas à prendre en charge les enfants, les remboursements arrivent en retard. » (Un chef CSI/Keita)

Cet appui semble aussi indispensable à l’échelle nationale, au niveau central :

« Heureusement que MDM passe tout son temps au ministère pour suivre les papiers » (Un membre ECD/Keita)

Certains soulignent toutefois que les dons de l’ONG ne résolvent pas tous leurs problèmes :

« Ils ne sont pas la solution pour nous, car leur donation équivaut à 200 000F à 500 000F alors que notre commande correspond à 1 500 000F. » (Un chef CSI/Keita)

A Abalak, l’appui d’une ONG comme MDM est vivement souhaité. Le partenariat avec une ONG est perçu comme la solution des problèmes engendrés par la gratuité :

« Nous n’avons pas de sous dans le compte. Le CSI compte sur les maigres ressources du solde caisse. On fait des acrobaties pour faire tenir ce CSI. Les dons qu’on reçoit sont dérisoires. J’ai besoin de partenaires pour m’appuyer.» (Un chef CSI /Abalak)

Cette situation explique en partie que plus de 40% des agents des deux districts pensent que l’exemption a réduit le recouvrement des coûts dans leurs CSI.

Quand l’ECD contribue aux difficultés de fonctionnement de l’exemption

Il est clair qu’à Abalak, l’ECD n’a pas une grande visibilité. L’ancienne équipe ne marchait pas du tout, les supervisons n’étaient pas régulières et la faute du retard dans le remboursement lui incombe. Pour ce qui concerne la nouvelle équipe, il faudra lui laisser le temps de s’affirmer car le renouvellement concerne la moitié des postes. Mais en attendant, il faut souligner que leur travail ne commence qu’à 10h¹⁴, l’endroit est presque désert, rien à voir avec l’ambiance active au CSI urbain de Keita. « *Tout est à reconstruire ici* » nous a confié un membre de l’équipe nouvellement en fonction et qui compte s’investir pleinement pour dynamiser l’ECD¹⁵.

Si à Keita l’ECD est plus active, grâce en partie par l’appui de MDM, il faut cependant souligner qu’elle ne supervise pas suffisamment les commandes des CSI. En principe, elle doit contrôler la conformité (sur ou sous estimation) de la commande et mettre sa signature si tout est en règle. C’est seulement après cette procédure que les agents peuvent se rendre auprès de l’ONPPC pour s’approvisionner en médicaments. Lors d’un entretien avec le gérant de l’ONPPC à l’officine,

¹⁴ A 8h nous étions à l’HD dans l’espoir de rencontrer l’ECD. Mais aucun membre n’était là, l’équipe de garde nous dit de revenir à 9h30. Un jeune membre d’une ONG locale nous avait pourtant prévenus qu’il était inutile d’y aller tôt car l’ECD ne commence le travail qu’à partir de 10h.

nous avons pu constater qu’un infirmier avait fait son bon de commande sur un bout de papier, alors même qu’il y a une fiche pour cela. Il n’y avait que la signature de l’infirmier. De plus, les médicaments qui périssent dans les CSI témoignent d’un manque de vigilance de l’ECD et du fait qu’elle n’use pas suffisamment du système de retour pour éviter une telle situation.

6.2.5. Les effets sur l’utilisation des services de santé

Les consultations prénatales

L’intervention MDM dans le district de Keïta semble avoir contribué à une augmentation de la fréquentation des CPN, notamment dans les CSI de *type 1* et pour des femmes provenant d’un rayon de 6 km et plus. Ceci ressort des pages 1-3 de l’Annexe 9. L’utilisation des CSI-1 monte promptement au 4^e trimestre 2006 et reste élevée ; ceci est surtout visible pour les femmes venant de 6 km et plus (page 3) , beaucoup moins pour celles des 0-5 km (page 2). Par contre, les CSI type 2 (courbes Keïta no. 1 et 2) enregistrent une tendance à la baisse continue avant l’intervention. Les courbes réagissent rapidement après l’intervention mais pour simplement retrouver le niveau de 2004, la baisse devient cependant compensée.

Il est difficile de séparer l’exemption de MDM et celle du gouvernement car leur mise en œuvre n’est séparée que de seulement 2 trimestres. De plus, un effet de l’exemption gouvernementale pourrait avoir été *anticipé* par les utilisatrices qui ont entendu des annonces sans pour autant être précisément informées des dates de la mise en vigueur : une fois arrivée à la formation sanitaire elles ne retourneront pas nécessairement à la maison sans avoir fait leur CPN. Une telle anticipation (ou une autre influence inconnue) pourrait se refléter dans l’augmentation graduelle de la CPN à partir du début 2006 dans certains CSI du district d’Abalak. Ces éléments pourraient également avoir influencé les hausses constatées à Keïta. La forme des courbes à Keïta, l’élévation abrupte au 4^e trimestre 2006 ne se retrouve pas dans les courbes d’Abalak — c’est cet aspect qui suggère un effet net de l’intervention MDM sur les CPN.

La courbes moyennes ne peuvent démontrer cet effet concentré dans les CSI-1 et chez les femmes venant de plus loin, car les développements discordants des deux types de CSI se mêlent et se neutralisent partiellement dans la moyenne. Une augmentation fictive de la courbe Abalak est suggérée par le creux au trimestres 3-4 2005 et 1 2006, mais qui est dû au multiples rapports manquants pour le 4^e trimestre 2005.

La régression a été faite pour les CPN-1 de toute provenance. Le modèle final (Annexe 11, page 1, dernière colonne) estime qu’en moyenne 67 CPN-1 se sont ajoutés immédiatement après implantation dans un CSI type 1 hypothétique ayant des populations moyennes par rayon. La tendance par la suite est estimée à la baisse de 1,7 CPN-1 par trimestre (1,7 - 6,9 + 3,5). Ceci n’exclut cependant pas une stabilisation à un niveau relativement élevé de CPN, compte tenu du fait que la période d’observation après intervention est courte et eu égard à l’effet estimé pour l’exemption gouvernementale (voir *supra*). Cette tendance à la baisse est ajustée pour l’effet du départ de personnel dans deux CSI importants. L’effet de l’exemption gouvernementale est estimé à l’ajout en moyenne de 23,5 CPN-1 à Abalak, mais ce qui est neutralisé à Keïta par l’interaction (-26,6). Autrement dit, il n’y a pas d’effet immédiat à Keïta. En plus, cette intervention aurait engendrée une légère tendance vers la hausse (3,5) à Abalak.

La méthode des « fonctions estimables » permet une estimation de la combinaison des effets immédiats et des tendances. Cet effet combiné est relativement robuste, alors que les effets par composant dépendent de facteurs difficiles à vérifier (voir section Méthodes). Ainsi, l’intervention MDM aurait augmenté les CPN-1 trimestrielles dans un CSI-1 moyen par 39,8 un an après mise en œuvre. C’est la différence entre la prédiction des données observées (ici le modèle « imite » simplement les données) et la prédiction de ce qui ce aurait été observé en absence de l’intervention MDM (cette dernière prédiction implique plus de suppositions que la première). Ainsi, des 127,3 CPN-1 trimestrielles prédites pour le 3^{ème} trimestre 2007 dans un CSI-1 moyen, 87,5 seraient survenues en supposant que seule l’intervention gouvernementale aurait été mise en place, tandis que l’intervention de MDM serait responsable des 39,8 restantes. Ceci correspond à une augmentation d’environ 50% liée à l’action de MDM. La même estimation pour un recul de deux ans fournit une augmentation de 12,4 consultations (de 108,2 à 120,7), correspondant à environ 10%. Ces estimations contrôlent pour —c’est-à-dire déduisent— l’augmentation attendue par la seule intervention gouvernementale. Elles considèrent spécifiquement la situation des CSI-1 et excluent donc le cas spécial des CSI type 2 (qui ont perdu de nombreux personnels de santé au début 2008).

Pour la suite du projet il serait important de comprendre les raisons de cette rechute des CPN, compte tenu aussi de la tendance vers la hausse pour les CSI d’Abalak. Un facteur des facteurs explications pourrait être le fait (constaté dans les données qualitatives) de ruptures d’intrants spécifiques aux CPN. Selon les courbes par CSI, la tendance négative semble toutefois limitée aux femmes résidant à proximité des CSI (seraient-elles mieux informées de certains problèmes ?) tandis que pour les femmes provenant de plus de 6 km la tendance paraît plutôt vers la hausse.

Les accouchements

Bien que les interventions ne concernent pas directement l’assistance à l’accouchement (mais une réduction des coûts à Keïta et la formation à la GATPAR), les chiffres des CSI de *type 1* à Keïta ont nettement augmenté. Cela n’est pas le cas pour Abalak et à peine pour les CSI type 2 à Keïta. Il faut cependant considérer que les effectifs des CSI-2 de Keïta sont assez hauts, de sorte que la couverture en assistance à l’accouchement pour les femmes venant de la *proximité des CSI-2* pourrait avoir atteint une certaine saturation. Les courbes moyennes montrent également cette tendance vers la hausse à Keïta et l’absence de tendance à Abalak. Le modèle final de régression estime cette tendance statistiquement significative à 2,3 accouchements ajoutés par trimestre, par rapport à un effectif moyen de départ en dessous de 10 dans les CSI type 1. En plus, ce modèle attribue des effets immédiats de 6,9 et $(-0,4 + 9) = 8,6$ à la survenue des exemptions MDM et gouvernementale.

L’estimation plus robuste de l’effet combiné (voir tableau à 1 a page suivante) montre une augmentation de 16 accouchements par CSI-1 moyen un an après la mise en œuvre (par rapport à un nombre de 7,2 attendu sans l’intervention). L’augmentation est de 25 accouchements deux ans après sur 5,6 attendus sans l’intervention de MDM. Ces augmentations suggèrent donc au moins un triplement des effectifs.

Les consultation des enfants de moins de cinq ans

L’effet de l’intervention MDM sur la consultation des enfants est net selon les trois méthodes. Tant pour les nourrissons que pour les enfants de 1 à 4 ans, l’augmentation des consultations à Keïta est plus précoce par 2 trimestres, plus homogène et plus fort qu’à Abalak où il y a

cependant également un effet important de l'exemption gouvernementale (Annexe 9, pages 5 et 6). Notons que toute la famille des courbes « décolle » à Keïta, tandis qu'à Abalak une partie des CSI ne semblent pas bouger. Le constat est similaire pour les courbes moyennes (Annexe 10, pages 5 et 6). Le modèle final de régression arrive à des effets immédiats et de tendance vers la hausse statistiquement très significatifs pour *les deux* interventions. À Keïta les deux effets s'additionnent, car l'interaction $D55*GratEtat$ est insignifiante. Le modèle final de régression estime l'effet immédiat de l'exemption MDM à une augmentation de 495 consultations trimestrielles puis, deux trimestres plus tard, soit lors de l'intervention gouvernementale, à une augmentation de 195 consultations. La tendance à la hausse se maintient avec 42 consultations de plus par trimestre depuis l'exemption MDM plus 47 de plus depuis celle de l'État, donc au total 89 consultations par trimestre par CSI. De plus, les courbes par CSI et les modèles de régression montrent un important effet saisonnier : hausse aux trimestres 3 et 4 baisse aux trimestres 1 et 2. L'amplitude de ces hausses a également augmenté après les interventions, notamment à Keïta. En revanche, la fréquentation de la consultation générale par les groupes plus âgés (5-14 ans, 15+ ans) n'a guère changé.

L'effet combiné de l'intervention MDM montre une hausse de 661 et 828 consultations trimestrielles, un an et deux ans à la suite de la mise en œuvre (par rapport à des chiffres de base hypothétiques de 439 et 608). L'effet correspond globalement à un doublement des effectifs.

Synthèse concernant les effets au niveau des consultations

Dans le tableau suivant, nous résumons l'évolution de l'utilisation dans un CSI de type 1 à Keïta prédites par les modèles finaux selon deux scénarios : i) avec mise en œuvre de l'exemption par MDM (avec) et ii) supposant l'absence de cette intervention (sans). La différence entre ces deux scénarios représente l'estimation de l'effet total. Cet effet total est la combinaison des effets immédiat et de la tendance. Toutes les estimations sont contrôlées pour les effets correspondants de la gratuité gouvernementale, les tailles des populations selon les distances des CSI, la différence moyenne d'utilisation entre les CSI des deux districts, le type de CSI et le départ connu d'important personnel de santé (pour les consultations des moins de 5 ans nous avons aussi contrôlé pour la variation saisonnière). Les prédictions et les estimés ponctuels des effets se calculent directement à partir des dernières colonnes de l'annexe 11. L'estimation des valeurs p et des intervalles de confiance sont réalisées avec la méthode des "fonctions estimables et espaces optionnels d'inférence" [20].

Tableau 6 : Estimation de l'effet total de la gratuité MDM après un et deux ans de mise en oeuvre

	Scénario	Prédiction	Premières CPN			Accouchements à la maternité				Consultation des enfants < 5 ans			
			Effet	val. p	I.C. 95%	Prédiction	Effet	val. p	I.C. 95%	Prédiction	Effet	val. p	I.C. 95%
1 an	avec	127,3	+ 39,8	0,0575	- 1,3 + 81,0	23,1	+ 16,1	0,0220	+ 2,3 + 29,8	1099,9	+ 661,1	<0,0001	+ 483,2 + 839,1
	sans	87,5											
2 ans	avec	120,7	+ 12,4	0,6789	- 46,6 + 71,5	30,6	+ 25,3	0,0236	+ 3,4 + 47,1	1435,8	+ 827,8	<0,0001	+ 562,8 + 1092,8
	sans	108,2											

val. p : valeur p I.C. 95% : intervalles de confiance à 95%

6.2.6. Les effets non attendus

6.2.6.1. La légitimation des normes pratiques

Il ressort de notre étude que les CSI ont dû réduire leur consommation aussi bien sur les médicaments que sur les intrants d’ordre administratif. Dans ce contexte, des normes pratiques sont apparues, ou sont devenues beaucoup plus visibles avec la gratuité, surtout dans le district d’Abalak. Ainsi, l’une des choses intéressantes, c’est la manière dont les chefs CSI s’y prennent pour faire face à l’absence de remboursement. Si certaines normes pratiques résultent de contraintes réelles pour faire fonctionner correctement le service, d’autres, existent dans le seul but d’améliorer les salaires des infirmiers. Par exemple, certains font payer les CPN à 400 F CFA, la PF à 100 F CFA. Dans un CSI, tous les malades paient 100F pour le carnet, y compris les bénéficiaires de la gratuité. Dans un autre, le responsable ne fait plus de commande de carnets de soins, ni de fiches de CPN ou de CN car il n’y a plus d’argent en compte. Il se contente de cahiers qu’il achète puis découpe en trois pour faire des supports. Si, au début de la gratuité, les infirmiers dissimulaient les stratégies parallèles qu’ils avaient pour combler « le manque à gagner », actuellement, ce n’est plus le cas, ils ne s’en cachent plus. L’absence de remboursement est venu donc légitimer ce qui jusqu’alors était de l’ordre de l’invisible et ne ressortait pas dans les discours :

« Autrement on ne s’en sort pas avec le remboursement qui ne vient pas. » (Un chef CSI /Abalak)

« Le gaz, il faut aller jusqu’à Tahoua pour l’avoir, et ça coûte excessivement cher. Pendant l’hivernage ça coûte jusqu’à 16 000 F CFA à cause du transport. Vous voyez le RC est trop surchargé, donc avec cette situation on continue à surcharger le CSI. J’ai adopté une stratégie, chaque malade qui vient en consultation paie un forfait de 100 FCFA pour le carnet que ça soit un adulte payant ou même un bénéficiaire de la gratuité. L’argent là est directement versé dans les recettes du CSI, c’est avec cet argent que je parviens à payer la bouteille de gaz. » (Un chef CSI/Abalak)

6.2.6.2. L’émergence d’une véritable appropriation de la santé par la population

Si avec le RC l’implication de la communauté se limitait au niveau des membres des COGES, avec la gratuité, cette implication s’est élargie et inclut maintenant toute la population. Celle-ci élargit ses marges de manœuvre de plusieurs manières. Nous assistons à l’émergence du sentiment d’appropriation de la population de tout ce qui touche aux activités de santé. En effet, les médicaments qui arrivent dans les CSI pour les bénéficiaires de la gratuité sont perçus comme une propriété du village, de ce fait les agents de santé ont l’obligation de rendre compte de ce qu’ils en font. Ainsi, la décision de brûler des produits périmés dans un CSI a été contrecarrée par les villageois qui clamaient que ces médicaments étaient leur bien et que le CSI n’a pas le droit de les détruire. Ainsi, la population procède à des choix pour ce qui concerne les médicaments de la gratuité. Les injections ne sont plus recherchées comme avant, le sirop a pris leur place dans les perceptions. Des agents de santé témoignent que les mères sont mécontentes lorsqu’on leur délivre des comprimés, certaines les jettent en leur présence en disant qu’elles n’ont pas fait tout ce chemin pour ne recevoir que des comprimés. Nous avons constaté les mêmes comportements dans deux districts du Burkina Faso où la gratuité est aussi mise en œuvre. Le gérant de l’ONPPC à Abalak constate qu’il y a beaucoup plus de consommation de sirop (voir annexe 8). La plupart du temps des clients viennent acheter le sirop sans ordonnance, trouvant inutile de se rendre au

CSI où on ne leur prescrit que des comprimés. Lorsqu’il y a un ravitaillement en sirop, la nouvelle est vite répandue dans les villages, ce sont alors de longues files de mères qui s’alignent devant les CSI.

6.2.6.3. L’« oubli » des enfants de plus de 5 ans

Dans le système de gratuité, les enfants de plus de 5 ans ne sont pas exemptés du paiement. Ils paient au même titre que les adultes¹⁶. Pour les populations, ces enfants sont perçus comme des personnes vulnérables au même titre que les enfants ciblés. En effet, s’ils sont âgés de plus de 5 ans, ils ne restent pas moins des enfants qui sont eux aussi exposés aux maladies infantiles. Cette perception d’injustice ou d’incompréhension de la part des populations explique en partie les stratégies développées par les mamans pour que leurs aînés bénéficient, eux aussi, des soins gratuits. Cela explique aussi pourquoi de nombreux agents pensent que certains patients cherchent à abuser du système ou qu’ils confondent l’exemption avec une distribution de médicaments (annexe 3 et 4). Par exemple, les mamans combrent cet « oubli » du système en présentant un enfant de moins de 5 ans au CSI pour obtenir des produits qu’elles donneront ensuite à l’aîné âgé de plus de 5 ans. Selon un chef CSI, la rumeur court qu’il existerait même un « réseau » organisé par les mères dans le but d’obtenir des soins gratuits pour ces enfants :

« Elles ont un réseau, elles emmènent un enfant de moins de 5 ans pour obtenir des produits à donner à un enfant de plus de 5 ans. » (Un chef CSI/Keita)

Ce sont donc parfois des enfants sains qui sont présentés au CSI. Dans ce cas, à cause de la distance parfois longue entre le CSI et le village, un infirmier dit :

« On donne quand même le traitement de palu aux enfants qui ne sont pas malades, pour au cas où ça s’avérerait vrai, comme ça la mère a déjà les produits pour traiter sans revenir jusqu’ici. » (Un chef CSI/Keita)

Mais cela ne se passe pas toujours de cette manière, selon un agent de MDM c’est parfois des conflits qui éclatent entre les soignants et les mères :

« Le major menace la femme que son enfant n’a rien. » (Un agent de MDM)

Autre stratégie, les mères trichent sur l’âge de l’enfant. Elles viennent directement au CSI avec ces enfants et les font passer pour moins de 5 ans. Un percepteur dit ne pas discuter lorsque la mère affirme que l’enfant a moins de 5 ans comme en témoigne ce percepteur :

« Il est difficile d’identifier l’âge de l’enfant. Je demande à la mère, si elle dit que c’est 5 ans, j’accepte. » (Un chef CSI/Abalak)

6.2.7. Analyse comparative entre les deux districts

L’intérêt majeur de cette étude est que les enquêtes de terrain permettent de réaliser des comparaisons entre les deux districts. Si des différences ont été mises au jour au fur et à mesure du rapport, nous en proposons maintenant une synthèse dans le tableau suivant.

¹⁶ Les acteurs n’ont-ils pas l’habitude de dire « adultes » pour désigner tous ceux qui ne sont pas concernés par la gratuité, alors que parmi ces payants il y a aussi des enfants.

Tableau 7 : Synthèse des différences constatées entre les deux districts concernant la gratuité des soins

	Keita	Abalak
Information	Processus pyramidal et relativement en profondeur	Existe encore des usagers non informés dans les villages éloignés Il n'y a pas eu beaucoup de sensibilisation.
Appui d'ONG	MDM	Aucune
Début de la gratuité	Octobre 2006 par MDM (date du décret)	Février 2007 par l'État
Présence de MDM	Depuis 2006 à travers le projet d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins	MDM intervient dans deux CSI et une case de santé, par le projet « recherche-action-plaidoyer ». L'ONG est intervenue dans le passé à Abalak, à partir de Keita. Elle a créé un CSI type 2 à Tabalak en 1996. Elle parraine une ONG locale « MACENAT »
Modes d'intervention de MDM	Appui à l'équipe cadre de district Compagnonnage des agents de CSI Réhabilitation des CSI Appui à la gratuité des soins Amélioration du système d'évacuation pour la population cible de la gratuité Interventions du projet « recherche-action-plaidoyer »	Deux études (qualitative et CAP) Formation des animateurs Appui des communautés Création des foyers nutritionnels Distribution des contraceptifs
MEG	Assez peu de ruptures de stocks Gérant pharmacie populaire (ONPPC) très dynamique Acheminement facilité par MDM Dons de MDM pour pallier les ruptures occasionnées par les retard de remboursements de la gratuité : MEG + kit d'accouchement Dons en nature des programmes verticaux, Nations Unies et ONGI (tuberculose, diarrhée, palu., kit d'accouchement, moustiquaires imprégnées d'insecticides, Vitamine A, micronutriments, etc.)	Nombreuses de ruptures de stocks Gérant ONPPC peu opérationnel Nombreuses commandes auprès de fournisseurs non agréés Acheminement difficile Gestion peu organisée Pas de partenaires pour pallier les ruptures Dons en nature des programmes verticaux, Nations Unies et ONGI (tuberculose, diarrhée, palu., kit d'accouchement, moustiquaires imprégnées d'insecticides, Vitamine A, micronutriments, etc.)
Cases de santé	Fonctionnement variable Versement des recettes du RC dans le compte des CSI de rattachement (sauf à Insafari). Remboursements de la gratuité intégré dans ceux des CSI. CSI commandent les MEG puis les distribuent aux cases de santé.	Absence quasi systématique des ASC Pas de versement des recettes du RC dans le compte des CSI de rattachement Pas de virement pour le remboursement. L'argent est conservé par le trésorier. Les médicaments sont achetés avec cet argent.
Remboursement	Retard de 9 mois pour les CSI Fonctionnement relativement correct Le district profite du suivi réalisé par MDM au niveau central pour le remboursement. Paiement des CSI se fait par virement bancaire. Les chefs CSI connaissent bien la situation de leurs comptes.	Retard de 24 mois pour les CSI Ne fonctionne pas du tout Situation financière très critique pour les CSI Pas de virement dans les comptes des CSI depuis le début de la gratuité Aucun appui technique dans le suivi des factures. Aucun remboursement dans les CSI depuis

	Retard en partie imputable à quelques erreurs dans le remplissage des formulaires et problèmes liés à la gestion	le début de la gratuité Retard largement imputable aux erreurs de gestion du district
ECD	Fonctionnement relativement bon Promptitude dans la transmission des données avec à l’appui de MDM Dynamisée par MDM ECD au complet et relativement plus anciens que ceux d’Abalak. Assez bonne maîtrise des dossiers et suivi des CSI	Fonctionnement médiocre dans le passé et conflits internes Très peu de supervision des CSI Nouvelle équipe en place
Accessibilité géographique	Populations plutôt sédentaires CSI à distance acceptable Collines rocailleuses et accès difficile. Zone agricole et agropastorale. Assez forte densité de la population.	Populations nomades et semi-nomades District très vaste avec populations très éloignées des CSI Vallée sablonneuse et argileuse, quelques dunes de sable Zone peuplée de pasteurs et quelques villages sédentaires à l’Est et au Sud. Présence des populations selon le cycle de transhumance
Système d’évacuation	Payant pour tous du domicile au CSI et du CSI à l’hôpital du district Gratuit pour tous, du district au CHR, financement par MDM pour la cible gratuite et financement par le système du « centime additionnel » pour les autres	Aucun système de prise en charge, tout est payant
Perception des agents	Effets importants pour les patients avec quelques comportements néfastes Effets plutôt négatifs sur leur travail	Effets importants pour les patients avec quelques comportements néfastes Effets plutôt négatifs sur leur travail Problème très important de remboursement
Effets non attendus	Amélioration du sentiment d’appropriation du secteur de la santé par la population Stratégies d’adaptation pour les groupes hors cible	Reprise du recouvrement des coûts Légitimation de certaines pratiques Stratégies d’adaptation pour les groupes hors cible
Effets attendus dans l’utilisation	Hausse importante des CPN dans les CSI de type 1 Faible hausse pour les accouchements dans les CSI de type 1 Hausse importante pour les consultations < 5 ans.	Hausse des CPN Pas de changement pour les accouchements Hausse importante pour les consultations < 5 ans.

Sources : données d’enquête

7. CONCLUSION : RETOUR SUR LES QUESTIONS D’ÉVALUATION

Dans cette conclusion, nous revenons sur les questions d’évaluation qui ont guidé notre collecte des données et proposons, sur la base de ces données empiriques, des éléments de réponses.

Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de compagnonnage des agents de santé par l’équipe MDM-F ?

Si les agents de santé ont apprécié l’apport que pouvait donner le compagnonnage les premiers mois du projet, il semble bien que cette stratégie visant l’amélioration de la qualité des soins commence à être remise en cause dans les différentes parties prenantes. De plus, le projet ne dispose pas de données permettant de porter un jugement réel sur l’efficacité de ce processus et les agents semblent de plus en plus rechigner à son organisation. Comme nous le verrons plus bas, l’ensemble des ressources consacrées à cette activité peuvent paraître disproportionnées eu égard aux autres besoins qui ne sont pas encore couverts par le projet et qui permettrait certainement de mieux atteindre les objectifs (par exemple la question des évacuations sanitaires).

Quelle est la perception des acteurs du partenariat et de l’intégration du projet dans l’organisation de l’équipe cadre de district et des chefs CSI ?

La réponse à cette question d’évaluation reste plus nuancée que la précédente. En effet, les équipes de MDM travaillent avec une collaboration certaine de l’équipe cadre du district et des agents de santé. Le partenariat est clair et ses conditions ont été bien explicitées. La comparaison avec certaines autres ONG permet facilement de montrer que la plupart des activités sont intégrées dans l’organisation routinière et ainsi appréciée par les acteurs. Mais le niveau d’informations réciproques n’est pas toujours évident. Certains membres de l’ECD ne sont pas au courant de certaines dotations de MDM aux CSI, et quelques membres de MDM ne connaissent ni le montant du remboursement forfaitaire ni celui des évacuations sanitaires. MDM participe largement au développement du district sanitaire et réalise un appui technique à l’ECD, dans certaines limites verrons-nous plus loin dans les recommandations. Cependant, le risque de substitution est bien présent et s’explique en grande partie par le contexte de rareté de ressources (notamment humaines) et de moyens (notamment logistique) que nous avons constaté à Keïta. Sans la présence de MDM dans le district, nombre d’activités ne pourraient avoir lieu et certaines sont même effectuées par MDM à la place de l’ECD. La réactivité de MDM à des besoins parfois urgents de l’ECD et pas toujours prévus pour l’ONG est à saluer. De manière générale, on peut dire que l’intégration du projet est relativement importante et que le partenariat est favorablement apprécié.

Comment la politique d’exemption a-t-elle démarré ?

Le démarrage de la politique a été différent entre les deux districts et nous reviendrons plus loin sur le rôle essentiel de MDM dans l’ensemble du processus de mise en œuvre de l’exemption. Toujours est-il que la politique a démarré à Keïta dès son annonce officielle en octobre 2006 alors que le district d’Abalak a dû attendre février 2007 et l’injonction du niveau central pour commencer à fournir les soins sans paiement direct. Les processus d’information de la population de Keïta ont ainsi pu bien être mis en place, tel que cela est recommandé [8,28], et les dotations en médicaments de la part de MDM ont largement contribué à la réussite de ce démarrage.

Comment les acteurs perçoivent-ils le système de remboursement forfaitaire ?

Au-delà des perceptions, les faits sont clairs. Le système de remboursement des consultations non facturées aux patients est le problème central de la politique nationale du Niger. La majorité des acteurs sont en faveur de cette politique et ses effets sur l’utilisation des services sont indéniables, sans pour autant avoir imposé, en dehors des jours de marché, un fardeau de travail ingérable pour les agents de santé. Mais si les prestations ne sont pas remboursées rapidement, les fonds thésaurisés par les COGES s’épuisent et les médicaments se raréfient. Dans ce cas, soit on se retrouve dans une situation antérieure à l’initiative de Bamako, c’est gratuit mais il n’y a pas de médicaments, soit on reprend le principe du recouvrement des coûts en excluant ceux qui ne peuvent pas payer, comme par le passé [29] et contrairement à ce que disent certains experts mandatés par la Banque Mondiale au Niger [30]. Le district de Keïta, qui pourtant bénéficie d’un appui sérieux de MDM (y compris au niveau central), accuse quand même d’un retard de neuf mois. D’autres districts également appuyés par des ONG en sont au même niveau. Le cas du district de Abalak est tragique et montre parfaitement que le processus de remboursement est l’élément crucial des politiques d’exemption du paiement, ce qui n’est évidemment pas nouveau [8]. Les conséquences pour les patients, mais aussi pour les agents de santé dans leur relation avec ces derniers, peuvent être importantes. Et pourtant, le système administratif mis en place paraît relativement simple et sans véritablement trop alourdir les tâches des agents de santé. La simple feuille à remplir chaque fin de mois est un outil utile. C’est ensuite que le rouage se brise. Le système de contrôle est aussi relativement déficient. À notre connaissance, au-delà de quelques contrôles sporadiques concernant ces formalités administratives (contrôle comptable), aucune vérification de la véracité des patients ayant reçu les soins gratuits n’a été réalisée. Un simple sondage dans les registres et une vérification dans les villages suffiraient à cet audit, tout en faisant comprendre aux agents et aux COGES de la nature des sanctions que des évaluations négatives pourraient engendrer. Le seul contrôle comptable ne suffit pas. Enfin, si le montant des remboursements par acte paraît raisonnable pour les personnes rencontrées, il s’agirait de mener une étude approfondie pour s’assurer de cette réalité car les calculs de départ reposent sur des données relativement anciennes.

Quelles sont les difficultés liées au système d’approvisionnement en médicaments ?

Les premières difficultés concernant l’approvisionnement en MEG sont évidemment liés à la question du remboursement, nous ne reviendrons pas sur cette question. La situation est relativement différent entre les deux districts puisque Abalak fait face à de sérieux problèmes dans la disponibilité et l’acheminement des médicaments. A Keïta cela se passe largement mieux pour de multiples raisons tant liées à la personnalité du gérant de l’ONPPC que la présence de MDM. Cela étant dit, sans l’ONG et ses moyens logistiques notamment, on est en droit de s’interroger sur la capacité du district de Keïta à faire mieux que celui d’Abalak.

Quelles sont les implications du système d’exemption sur l’organisation des services de santé ?

Bien que tous les agents disent que l’exemption a augmenté de manière importante leur charge de travail (voir annexe 3 et 4), nos observations montrent qu’elle demeure encore dans le domaine du raisonnable. Certes, les agents travaillent plus qu’avant mais en dehors des jours du marché et de l’affluence qu’ils provoquent (et provoquaient avant l’exemption), les horaires restent décents. Lors de plusieurs de nos visites de CSI en fin de matinée, nous n’avons jamais constaté de longue attente, parfois même le travail était terminé. De surcroît, les relations entre les CSI et les cases de santé concernant la suppression du paiement ne sont pas encore parfaitement claires et uniformes dans les deux districts. Malgré les limites connues des programmes basés sur les

agents de santé communautaires, ces derniers sont présents sur le terrain et intégrés dans le système. Mais la manière dont ils interagissent avec les CSI reste parfois problématique et souvent sans réelle supervision. Le fait par exemple que certains CSI remboursent les cases de santé en MEG alors qu’ils ont été remboursés en argent n’est pas très cohérent. Ajoutons que le système d’exemption est maintenant parfaitement intégré dans l’organisation préalable du recouvrement des coûts. Il n’y a plus deux systèmes (MDM vs RC) mais un seul, la politique d’exemption a donc réussi à ne pas vraiment perturber l’organisation en place.

Comment les COGES sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?

En dehors des faiblesses habituelles et largement connues de la faible participation communautaire dans la région [31,32,33], on peut dire que la plupart des COGES se sentent relativement bien concernés par la politique. Les agents confirment également cette impression (annexe 3 et 4). Cela s’explique évidemment en grande partie par ce que nous venons d’expliquer, à savoir l’intégration du système d’exemption dans le processus classique et préalable du recouvrement des coûts où les COGES jouent un rôle certain. C’est un point important du processus, ce qui n’a pas été le cas, par exemple, en Ouganda [34]. La perception du bien-fondé de la politique est évidemment positive de la part des membres des COGES mais ils déplorent tous de manière éloquente les retards dans le remboursement et les conséquences que cela engendre pour la viabilité financière de leur structure communautaire. Le fait que plusieurs COGES d’Abalak ne disposent plus du tout de fonds dans leur compte en banque est en effet alarmant.

Quelles sont les perceptions des usagers et de la population à l’égard de l’exemption ?

D’une manière générale, l’ensemble des personnes rencontrées sont satisfaites de cette suppression du paiement des soins. Évidemment, cela n’est pas le cas dans les CSI d’Abalak lorsqu’il faut payer ou à Keïta où le transport est un fardeau financier très important pour les quelques familles devant en bénéficier. Nous avons en effet vu combien la gratuité de l’acte médical ne réduit qu’une partie de l’ensemble des coûts directs et indirects provoqués par le besoin d’évacuation sanitaire. De plus, la situation des deux districts est pire que d’autres car il n’existe aucun bloc chirurgical et les évacuations finissent la plupart du temps à Tahoua.

Quel est le niveau de connaissance des populations concernant la politique d’exemption ?

Dans l’ensemble les populations sont assez bien informées de la nouvelle politique. Le fait qu’elle soit largement induite par la Présidence de la République favorise assurément sa connaissance par un large public. Mais notre étude a permis aussi de noter deux particularités. La première est que les populations de Keïta sont mieux informées que celle d’Abalak pour des raisons évidentes liées au projet MDM. La seconde est que certains sous-groupes de la population, certainement les plus isolés et les plus vulnérables, ne sont pas toujours bien au courant de la nouvelle politique. Les risques sont donc grands que ces dernières personnes ne profitent pas des services gratuits lorsque nécessaire.

Quelle différence existe-t-il dans la mise en œuvre de la politique d’exemption entre Keïta et Abalak par le fait que MDM-F soutienne l’ECD ?

Incontestablement, sans la présence de MDM dans le district de Keïta, la politique d’exemption du paiement serait certainement aussi défectueuse que ce que nous avons constaté à Abalak. Les réponses au questionnaire de la part des agents (annexe 3 et 4) confirment nos constats sur le terrain. Certes, l’ECD est plus dynamique, mais à elle seule, elle ne pourrait pas véritablement

faire la différence dans l’efficacité de la mise en œuvre de la politique. Sans remboursement des soins fournis gratuitement aux populations, la meilleure ECD du Niger ne peut rien faire. Sans les dotations en médicaments de MDM et la logistique de l’ONG, les patients se verraient recevoir des ordonnances sans médicaments et les personnes devant bénéficier d’évacuation vers Tahou payer plus cher que maintenant. La plus value de cette étude qui compare deux districts dans la mise en œuvre de la politique est de montrer combien les aspects logiques et financiers, dans ce cas largement pris en charge par l’ONG, sont essentiels à la réussite de l’exemption. Que ces tâches soient réalisées par une ONG ou par une ECD importe peu, ce qui est important est que les personnes qui doivent les exécuter disposent des moyens nécessaires.

8. RECOMMANDATIONS

À la suite de cette évaluation et des conclusions que nous avons pu mettre au jour concernant le processus du projet MDM-F dans le district de Keïta, nous souhaitons dans les prochaines lignes formuler quelques recommandations opérationnelles à l’intention des décideurs du projet. Ce rapport ayant été commandé par MDM, nos recommandations ne porteront donc pas sur la politique nationale d’exemption mais bien sur la manière dont le projet de l’ONG pourrait s’améliorer. Des leçons apprises sur l’organisation de l’exemption seront relevées dans la dernière section. Il convient cependant de noter que plusieurs de ces recommandations sont finalement assez proches des choix stratégiques que semble avoir déjà fait l’ONG. Puisque cette évaluation n’a pas été commanditée en phase parfaite avec les prises de décisions de MDM, il est donc relativement logique que quelques unes de nos recommandations soient proches des changements en cours. L’intérêt d’un tel travail évaluatif repose certainement, dans ce cas précis, dans la documentation selon une démarche systématique et rigoureuse d’une situation bien appréhendée par les acteurs concernés et ayant déjà conduit à quelques choix opérationnels.

1-Poursuivre et renforcer l’appui systémique au district sanitaire

Agir sur la seule exemption du paiement n’a pas de sens d’un point de vue de santé publique, et MDM l’a bien compris. Cette suppression du paiement doit être comprise comme une opportunité pour rénover le système de santé dans son ensemble en relevant les goulots d’étranglements et les problèmes majeurs. MDM devrait poursuivre son appui au système de santé du district selon une perspective plus globale et plus systémique. Trois points sont essentiels et nous y reviendrons dans les prochaines lignes : le système d’évacuation, l’approvisionnement en MEG et l’action sur la demande. Mais plus généralement, les modalités de mise en œuvre actuelle du projet qui graduellement s’est inscrit dans un appui d’ensemble au district doivent perdurer et être renforcé. L’appui à la planification opérationnelle et aux activités générales de l’ECD et des CSI doit être poursuivi. Cependant, il conviendra certainement de disposer des moyens nécessaires à cette ambition. Par exemple, le renforcement des aspects communautaires et de santé publique ne nécessite plus les mêmes compétences en ressources humaines que ceux qui concernent les aspects cliniques des consultations. Le médecin du district et son équipe doivent pouvoir bénéficier de conseils et d’appuis techniques qui leur permette d’améliorer leurs connaissances et leurs compétences.

2-Renforcer le système d’évacuation sanitaire et le rendre totalement gratuit

L’état des connaissances est clair sur l’importance, pour pouvoir espérer agir sur la mortalité maternelle (la principale cause étant l’hémorragie), d’agir vite lorsque nécessaire lors des accouchements par l’intermédiaire d’un système d’évacuation [35]. Ce n’est évidemment pas la seule action à entreprendre, mais son efficacité est grande. Les consultations prénatales sont de peu de secours pour cela [36], Ainsi, un véritable système de référence-évacuation gratuit pour tous doit être rapidement mis en place. Cela paraît d’autant plus important à Keïta qu’il n’existe pas de bloc chirurgical à l’hôpital de district. Les femmes ne doivent plus à avoir à payer pour être transférées à Tahoua. Cette solution est urgente et pourrait parfaitement s’insérer dans la prochaine phase du projet et financé entièrement par MDM (la réduction ou l’annulation du compagnonnage rend disponible des moyens logistiques). Pendant cette phase, un processus de consultation à l’échelle du district ainsi que des études ciblées pourront être réalisées afin de voir de quelle manière il est possible de rendre le système plus financièrement viable. Cependant, il ne faudra pas se leurrer sur la capacité endogène de rendre ce système pérenne, tel que une expérience nigérienne le montre bien [37]. La contribution de partenaires et de bailleurs de fonds

externes pour son financement sera nécessaire en permanence. En même temps, il faut que ce système d’évacuation devienne la base, ou plutôt l’une des briques, d’une action plus systémique. Les planificateurs pourraient s’inspirer du cadre d’analyse des interventions obstétricales d’urgence pour planifier leurs interventions à cet égard ; voir [38] et annexe 6.

3-Développer des activités communautaires visant à influencer la demande de soins

Bien que nous n’ayons eu que très peu d’informations sur le projet de recherche-action-plaidoyer entrepris par MDM dans d’autres districts que celui de Keïta, il est particulièrement surprenant qu’une synergie ne soit pas organisée entre les deux projets. Pour caricaturer, nous pourrions dire que le projet de Keïta s’occupe de l’offre sans se préoccuper de la demande et celui organisé à Abalak entre autre fait l’inverse, la demande sans l’offre. On se retrouve donc face à une situation assez paradoxale où l’on incite, d’un côté, à une population de venir fréquenter les services qui restent d’un niveau de qualité médiocre, et d’un autre côté, on améliore la qualité et l’accessibilité sans véritablement agir auprès des populations. Une plus grande cohérence et un rééquilibrage des interventions paraissent nécessaires. A Keïta par exemple, MDM a réduit (sans supprimer !) le coût des accouchements par l’intermédiaire de kits, mais rien ne semble avoir véritablement été fait au plan communautaire pour faire en sorte que les femmes viennent plus accoucher au CSI qu’à la maison.

4-S’interroger sur la pertinence de l’appui à l’exemption des accouchements

Afin de poursuivre cette réflexion sur la santé maternelle, il faut ici dire que l’engagement de MDM à l’égard des accouchements et des césariennes n’est pas totalement cohérent. Appuyer la politique de l’État pour l’exemption du paiement des enfants de moins de 5 ans et des césariennes est utile, mais il est surprenant, par exemple, que les femmes doivent payer pour le transfert entre le CSI et l’hôpital de district. Pour les accouchements également, il est surprenant que MDM cherche à réduire les coûts par l’intermédiaire des kits, en pensant certainement que l’accessibilité financière est en jeu, mais qu’il participe au maintien du paiement de l’acte à 500 F (sans compter les autres dépenses liés à l’accouchement, pour les matrones par exemple). Certes, la politique de MDM a toujours été de suivre la politique nationale sans jamais la précéder. Si c’est le cas, pourquoi réduire les coûts alors que la politique nationale ne s’est pas donné cet objectif ? Pourquoi dans ce cas ne pas exempter en totalité les femmes lorsque l’on sait que le Niger est le second pays en Afrique concernant le taux de mortalité maternelle ? Maintenant, il semble que le gouvernement souhaite s’engager dans l’exemption du paiement de l’accouchement. Bien que cela paraisse utile pour améliorer l’accessibilité financière, nous croyons qu’il est important que MDM entame une réelle analyse en profondeur avant de s’engager dans l’appui à l’État de ce point de vue. La situation paraît en effet bien différente de celle des enfants de moins de 5 ans à Keïta. En effet, pour l’ensemble du district, il n’y a qu’une seule sage-femme, qui plus est uniquement présente à l’hôpital du district. Dans les CSI, les accouchements sont réalisés par les matrones, les mêmes qui font les accouchements dans les villages. Les chefs CSI réalisent parfois des accouchements, mais la plupart du temps ils laissent faire les matrones¹⁷. Le Niger est en effet l’un des pays africains où le ratio de personnel de santé par habitant est l’un des plus bas, l’antépénultième après le Burundi et la Somalie [39]. Rendre les accouchements gratuits risque donc de faire venir plus de femmes au CSI mais pour des

¹⁷ Ce qui permet aussi de relativiser la qualité des statistiques des taux d’accouchements assistés puisque même si l’accouchement est réalisé par une matrone, le chef CSI le note comme assisté dans les registres. Pourtant, le Niger est l’antépénultième pays africain concernant le taux d’accouchements assistés (18% ; www.who.int/whosis).

ressources humaines non qualifiées. Au lieu de mourir à la maison, elles viendront mourir au CSI. La formation des matrones sans leur supervision par des professionnels qualifiés n’est peut être pas la bonne stratégie, de nombreuses études ont montré leur inefficacité [40] et l’OMS incite les pays à changer le rôle de ces dernières [41]. Elles peuvent en revanche être utiles pour détecter les signes de danger afin de référer les femmes vers un centre de santé où du personnel qualifié est présent [35], ce qui paraît difficile à Keïta. Compte tenu de la situation du Niger et de Keïta, nous n’avons pas de solution particulière à proposer. Il est évidemment illusoire de croire que le gouvernement va former des sages-femmes ou des accoucheuses professionnelles dans les prochains mois. La formation des matrones n’est pas une solution. Dans deux autres districts, la stratégie de l’ONG HELP a été de recruter des stagiaires sages-femmes à la sortie de l’école. Si les débuts ont parfois été difficiles, celles qui voulaient vraiment rester sont toujours en poste. Dans le même ordre d’idées, MDM semble vouloir s’engager dans le recrutement de personnel qualifié supplémentaire pour la réalisation des accouchements. Le salaire de ces personnes serait cofinancé par l’ONG et par les COGES. Il conviendrait certainement de réfléchir à la manière de rendre cette intention équitable, faisant en sorte que les communautés les moins favorisées (dont les COGES disposent des ressources les plus faibles) soient celles dont le niveau de subvention salariale de la part de MDM serait le plus important. Le calcul des capacités financières actuelles des COGES faciliterait cette prise de décision. Cela étant dit, il ne faut pas perdre de vue que ce processus ne sera jamais qu’un palliatif pour le court terme, car toutes les expériences montrent que la seule manière d’agir sur la mortalité maternelle dans le domaine de la santé est de renforcer les ressources humaines qualifiées de concert avec l’amélioration de l’offre et l’accessibilité universelle [42]. L’intensification d’activités de plaidoyer à l’égard des ressources humaines en santé est certainement une stratégie à poursuivre.

5-Prévoir systématiquement un système d’évaluation avant les interventions

La réalisation de la présente évaluation a permis aussi de montrer combien un système de suivi et d’évaluation devait être organisé lors d’un tel projet de démonstration des effets d’une innovation comme celle de l’exemption du paiement. Certes, le projet dispose de multiples bases de données de toutes sortes, tant économiques que médicales, mais elles ne sont pas toutes utiles pour une évaluation des effets. Le projet collecte par exemple de manière systématique des données d’utilisation des services, de coûts ou encore de prescriptions. Mais cette collecte a toujours démarré au début du projet. Les informations sont donc utiles pour la gestion du projet mais pas pour porter un jugement sur son efficacité [43]. Pour cela il aurait fallu des données *avant* le démarrage du projet ou bien des données comparables mais collectées dans un autre district de comparaison. Cela ne veut pas dire que les données que nous avons collectées lors de la présente évaluation dans un autre district que celui de l’intervention ne sont pas utiles, mais cela veut dire que les données que le projet collecte actuellement de manière routinière ne sont pas utiles pour les évaluations de ce type. Beaucoup trop de données sont peut être aussi collectées avec peut être parfois assez peu de participation et d’appropriation de l’équipe du district. Aussi, dans un premier temps, il s’agirait de délimiter et de centrer au maximum la collecte des données de routine lors de la mise en œuvre du projet. Pour faire cela, un plan d’évaluation devrait être produit dès la phase de planification du projet afin de bien préciser, dès le début, les questions auxquelles on cherche des réponses *utiles à l’intervention* par l’intermédiaire de ces données. Dans un second temps, si le projet vise à produire des données probantes utiles à des prises de décisions importantes concernant une innovation comme celle de l’exemption du paiement, il s’agirait de construire un devis d’évaluation qui permet de disposer de données *avant* toute intervention au minimum, et avec un groupe de comparaison si les moyens le permettent.

9. DE QUELQUES LEÇONS APPRISSES

Cette étude réalisée dans deux districts du Niger appliquant la politique d’exemption du paiement permet de mettre au jour certaines leçons apprises concernant une telle politique. Évidemment, ces leçons s’ajoutent, complètent et parfois rappellent celles déjà relevées dans la littérature scientifique sur le sujet [8,44]. Si MDM souhaite reconduire une telle expérience, voici ce que cette étude suggère de faire :

- Organiser une vaste campagne d’information de l’existence de l’exemption du paiement, en s’appuyant sur les circuits administratifs habituels mais aussi sur les réseaux communautaires
- Impliquer les agents de santé et les COGES dans la définition des modalités de gestion de l’exemption du paiement
- Organiser un système administratif de paiement le plus simple possible, respectant et s’intégrant dans les systèmes en place (notamment la gestion communautaire, le cas échéant)
- Assurer un système efficace et continu d’approvisionnement en médicaments et autres intrants nécessaires
- Rembourser les actes réalisés par l’intermédiaire d’un forfait calculé sur la base de dépenses réelles contemporaines et actualisées régulièrement
- Prévoir un mécanisme d’incitation pour les agents de santé faisant face à une augmentation de la demande
- Prévoir les ressources humaines nécessaires pour faire face à d’éventuelles surcharges de travail
- Assurer la cohérence de l’exemption du paiement à tous les niveaux du système sanitaire
- Organiser un système d’évacuation sanitaire notamment pour les urgences obstétricales sans paiement
- Réaliser une étude de base (*baseline survey*) et formuler un plan d’évaluation avant la mise en œuvre du projet
- Contrôler la réalisation effective des actes gratuits par des sondages populationnels

10. RÉFÉRENCES

1. Howlett M, Ramesh M (1995) *Studying Public Policy*. Toronto: Oxford University Press. 239 p.
2. Ridde V, Haddad S (2009) Abolishing user fees in Africa. *PLoS Med* 6(1): e1000008 doi:101371/journalpmed1000008.
3. WHO (2008) Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT. Geneva: World Health Organization. . 247 p.
4. MDM-France (2008) L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante. Appel au G8. Paris: Médecins du Monde - France. 23 p.
5. Cholet E, Morel M, Rogé H, E. S (2008) L'accès aux soins dans les pays les plus pauvres. Analyse politique comparée de la mise en place de la gratuité en Haïti, Ouganda, Zambie, au Niger et à Madagascar. Paris: Atelier International Sciences-Po / Médecins du monde. 100 p.
6. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V (2007) Challenging inequity through health systems. Final report Knowledge Network on Health Systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health. Equinet. CHP. LSHTM. 49 p.
7. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A (2004) Health Financing to Promote access in Low Income Setting : How much do we know? *The Lancet* 364: 1365-1370.
8. Ridde V, Morestin F (2009) Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique. Montréal: Université de Montréal. Centre de recherche du CHUM-Département de médecine sociale et préventive. . 27 - <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm> p.
9. Gilson L, Schneider H (2008) Understanding health service access: concepts and experience. In: Research GFfH, editor. *Global Forum Update on Research for Health Volume 4* Geneva. pp. 28-32.
10. Bamberger M, Rugh J, Mabry L (2006) *RealWorld Evaluation. Working Under Budget, Time, Data, and Political Constraints* Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 504 p.
11. Patton MQ (2008) *Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications. 688 p.
12. Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE (2004) *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass. xlv, 720 p.
13. Beaudry J, Gauthier B (1992) L'évaluation de programme. In: Gauthier B, editor. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. 2ème ed. Ste-Foy, (QC), Canada: Presses de l'Université du Québec. pp. 425-452.
14. Pluye P, Nadeau L, Gagnon M-P, Grad R, Johnson-Lafleur J, et al. (2009) Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. In: Ridde V, Dagenais C, editors. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. pp. 123-141.
15. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT (2002) *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin. xxi, 623 p.
16. Snijders TAB, Bosker RJ (1999) *Multilevel analysis : an introduction to basic and advanced multilevel modeling*. London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. viii, 266 p. p.
17. Fitzmaurice GM, Laird NM, Ware JH (2004) *Applied longitudinal analysis* Hoboken, N.J.: Wiley-Interscience.
18. Littell RC, et al (2006) *SAS for Mixed Models, Second Edition*: SAS Publishing.
19. Wolfinger R (1993) Covariance structure selection in general mixed models. *Communications in Statistics - Simulation and Computation* 22: 1079-1106.
20. McLean RA, Sanders WL, Stroup WW (1991) A Unified Approach to Mixed Linear Models. *American Statistician* 45: 54-64.
21. Olivier de Sardan J-P (2008) La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant. 365 p.
22. Monnier E (1992) *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris: Économica. 169 p.
23. Paillé P, Mucchielli A (2003) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin. 211 p.
24. Walker L, Gilson L (2004) 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine* 59: 1251-1261.
25. Ridde V, Diarra A (In press) From unintended to undesirable effects of health intervention : the case of user fees abolition in Niger (West Africa) In: Morell J, editor. *Evaluating in the Face of Uncertainty: Anticipation and Agility to Improve Evaluation Quality (Provisional Title)*: Guilford Press.

26. Ridde V, Bicaba A (2009) Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence Université de Montréal. SERSAP. Institut de médecine tropicale d'Anvers. UNICEF. 47 p.
27. Ridde V, Diarra A (2007) Programme de gratuité de l'accès aux services de santé. Assistance médicale pour la population vulnérable dans les départements de Mayahi et de Tera - Niger.: HELP. 69 p.
28. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T (2008) National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, editors. Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries: SHSOP Series: Studies in Health Services Organisation & Policy. ITG Press. pp. 167-198.
29. Meuwissen LE (2002) Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. Health Policy Plan 17: 304-313.
30. Brunet-Jailly J, Cissé B, Keita M (2007) Estimation du coût et financement de la gratuité des soins destinés aux mères et aux enfants au Niger. Washington: Banque Mondiale. 102 + annexes p.
31. Balique H (2001) Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali. In: Hours B, editor. Système et politiques de santé De la santé publique à l'anthropologie. Paris: Karthala. pp. 275-283.
32. Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A (2001) Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. Santé Publique 13: 35-48.
33. Fassin D (2000) Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises. Paris: Karthala. 342 p.
34. Burnham GM, Pariyo G, Galiwango E, Wabwire-Mangen F (2004) Discontinuation of cost sharing in Uganda. Bull World Health Organ 82: 187-195.
35. Campbell OM, Graham WJ (2006) Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 368: 1284-1299.
36. Chalumeau M, Salanave B, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Prual A, et al. (2000) Risk factors for perinatal mortality in West Africa: a population-based study of 20326 pregnancies. MOMA group. Acta Paediatric 89: 1115-1121.
37. Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Van Lerberghe W (2005) Unaffordable or cost-effective?: introducing an emergency referral system in rural Niger Tropical Medicine & International Health 10: 879-887.
38. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith JM, Ensor T, et al. (2007) Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. Lancet 370: 1383-1391.
39. Cavagnero E, Daelmans B, Gupta N, Scherpbier R, Shankar A (2008) Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. Lancet 371: 1284-1293.
40. Smith J, et al. (2000) The impact of traditional birth attendant training on delivery complications in Ghana. Health Policy & Planning 15: 326-331.
41. WHO, ICM, FIGO (2004) Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO. 18 p.
42. Levine R, What Works Working Group (2004) Millions saved. Proven Successes in Global Health. Washington: Center for Global Development. 167 p.
43. Ridde V, Dagenais C, editors (2009) Approches et pratiques de l'évaluation de programme. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. 360 p.
44. Gilson L, McIntyre D (2004) Removing user fees for primary care : necessary but not enough by itself. EQUINET. 2 p.

11. ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier des activités menées dans les deux districts

22 Janvier	Arrivée de Valéry Ridde. Réunion Aissa Diarra et Mahaman Moha.
23 Janvier	Réunion préparatoire de l'équipe d'évaluateurs Réunion entre les membres de l'équipe d'évaluation, MDM et l'ECD de Keita
24 janvier	Intégration des observations et écriture des guides par groupes d'acteurs
25 janvier	Analyse des documents mis à la disposition des évaluateurs par MDM
26 janvier	Voyage sur Keita
27 janvier	Entrevues au district sanitaire, CSI urbain, Hôpital de district
28 janvier	Entrevues à Laba et Garhangana Entretien de équipe médicale de MDM Keita
29 janvier	Entrevues à Ibohama, à la Case de santé de Jajé, à Ibohama et Farrarat
30 janvier	Entrevues à Gadamata et à la case de Santé de Tajaé
31 janvier	Entrevues à Loudou et avec des usagères venant de Kouréga (aire de santé de Insafari)
1 ^{er} Février	Transcriptions, collecte des fiches. Voyage Keita-Tahoua-Keita
2 Février	Synthèse Keita, questions de recherche pour Abalak Entretiens au district sanitaire et à l'hôpital du district
3 Février	Entrevues à Azai, à Mayata et Tagalalt (Koulki)
4 Février	Entretiens à Abouhaya, Tamaya et Abalak
5 Février	<i>Voyage Abalak-Tahoua</i> Escale au CSI de Akoubounou (Infirmier absent), entretiens à Tabalak et Ibécetan
6 Février	Matinée et nuit à Tahoua Visite de courtoisie au DRSP Adjoint et au CHR Entretiens à la maternité Tassigui de Tahoua
7 Février	Voyage Tahoua Niamey
9 Février	Réunion de synthèses (AD, MM). Définition de nouvelles pistes d'études et choix des sites pour approfondissement.
10 Février	Voyage Niamey –Tahoua (MM)
11 Février	Rencontre avec le DRSP. Entretiens au district. Voyage Tahoua-Tabalak. Nuit à Tabalak Entretiens à Tabalak
12 Février	Entretiens à Tabalak, à Inkinkaram et Insafari (Kéita)
13 Février	Entretiens à Insafari Escale aux cases de santé de Bousaragui (Keita) et Fachi (Abalak), ASC absents
14 Février	Entretiens à Ibécétan Escale à Akoubounou, (Maire, chef de groupement, Infirmier et président du COGES absents). Rencontre avec équipe MDM Tahoua en formation de nutrition Visite de courtoisie au chef CSI urbain et à la maternité du district.
15 Février	Entrevues au district et à l'hôpital du district d'Abalak, à Abouhaya, à Boulboula, à Fachi
16 février	Synthèses études de cas et recension documentaire à la maternité et l'hôpital du district d'Abalak
17 Février	Observation participante et entrevues au CSI urbain d'Abalak.
18 février	Entretiens à Azai et à Mayata
19 Février	Entretiens à Mayata
20-21 Février	Pause
22 février	Entretiens à Tamaské
23 Février	Entretiens à Laba
24 février	Entretiens à Garhanaga
25 février	Entretiens à Garhanaga Visite à la maternité de Keita
26 Février	Entretiens à Sakaraoua Tudou Entretiens à Farrarat Entretiens à Keita
27 Février	Entretiens à Ibohama, Loudou, Gadamana
28 Février	Entretiens et observation participante à Tagalat Entretiens à Mayata
1 ^{er} Mars	Entretiens à Abouhaya et Akoubounou
2 Mars	Départ sur Tahoua
3 Mars	Voyage Tahoua -Niamey

Annexe 2 : Guides d'entrevues auprès des acteurs clefs

Guide d'entrevue Agents de santé

[CSI1/CSI2/Cases de santé] [infirmiers, sages-femmes]

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur MDM-F de son partenariat avec l'ECD et les CSI ?**
 - Point de vue des deux côtés MDM/ECD/CSI, intérêt des protocoles d'accord, aspects positifs et négatifs, forces/faiblesses, prospective

Que fait MDM dans votre localité ?

Quels sont vos rapports avec les agents de MDM ?

Comment fonctionne MDM ? Qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous de MDM par rapport aux autres ONG ?

MDM est-il un bailleur de fond/appui technique/partenaire ?

Pensez-vous qu'il devrait intervenir dans un autre domaine ?

Pensez-vous qu'il ne devrait pas intervenir dans certains domaines ? Pourquoi ?

Qu'attendez-vous de MDM ?

- **Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de compagnonnage des agents de santé par l'équipe MDM-F ?**
 - Compagnonnage un jour vs deux jours, qualité technique des équipes MDM, roulement du personnel CSI, processus d'évaluation, suivi et évaluation, perception des effets, intégration de l'ECD

Quelle perception avez-vous de la stratégie de compagnonnage de MDM ?

Pensez-vous que l'équipe MDM est compétente ?

Que pensez-vous des formations qu'elle vous donne ? Sont-elles utiles ?

Avez-vous de bons rapports avec l'équipe ?

Comment se passent les évaluations ?

Qu'attendez-vous du compagnonnage ?

Arrivez-vous à conserver les nouvelles pratiques qu'elle vous apprend ? Quelles sont les difficultés ?

Pensez-vous que c'est une réussite ?

Que suggérez-vous pour améliorer le compagnonnage ?

- **Comment s'organise l'intégration du projet MDM-F dans l'organisation de l'équipe cadre de district et des chefs CSI ?**
 - Planification opérationnelle, intégration dans les activités de l'ECD/CSI, utilisation des outils créés par MDM, participation de l'ECD dans la création de ces outils, rétroaction de l'usage des données provenant des outils

La présence de l'équipe vous oblige t-elle à faire des modifications dans l'organisation de votre travail ?

Quels apports technique et matériel avez-vous reçu de la part de MDM ? Qu'en pensez-vous ?

Vous sont-ils utiles ? Arrivez-vous à les utiliser ?

Qu'auriez-vous souhaité ?

- Quelle est la perception des acteurs du partenariat entre MDM-F, l'ECD et les CSI ?
 - Point de vue des deux côtés MDM/ECD/CSI, intérêt des protocoles d'accord, aspects positifs et négatifs, forces/faiblesses, prospective

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur le bien fondé de la politique de gratuité**

Que pensez-vous personnellement de la politique de gratuité ?

Que peut-elle résoudre comme problème ? Pourquoi ?

Comment percevez-vous les effets de la gratuité ?

Y'a-t-il selon vous des effets positifs ?

Y' a t il selon, vous des effets pervers ?

Y'a-t-il des résistances ? De la part de qui ?

Pensez-vous que la gratuité résout l’accès aux soins des indigents ?

Pérennité de la gratuité ?

- **Comment la politique d’exemption a-t-elle démarré dans votre localité ? (Historique)**

Depuis quand vous parle t-on de la gratuité ?

Comment avez-vous été informé ?

Comment est venue cette idée ?

Qui vous en a parlé ?

Qui a pris la décision de faire la gratuité ?

Quel est le but visé ?

- **Comment les acteurs perçoivent-ils le système de remboursement forfaitaire ?**
 - Montant des forfaits, lourdeur administrative, système de contrôle, suivi et évaluation, effets pervers (fausses consultations), suggestions d’autres systèmes de fonctionnement, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Comment se font les remboursements ?

Quel est le circuit du remboursement ? Qu’en pensez-vous ?

Quel est le montant des forfaits ? Qu’en pensez-vous ?

Quels sont les outils de la gratuité ?

Comment gérez-vous ces outils ?

Pensez-vous que ces outils sont adaptés ?

Y’a-t-il un système de suivi et de contrôle ? Qu’en pensez-vous ?

Avez-vous des suggestions sur le système actuel de remboursement ?

Que pensez-vous de la possibilité de l’exemption de l’accouchement ?

Quelles autres difficultés rencontrez-vous en général par rapport au remboursement ?

- **Quelles sont les difficultés liées au système d’approvisionnement en médicaments ?**
 - Distribution ONPPC, convention MDM/ONPPC Tahoua, taux de ruptures de stocks MEG, perception des gestionnaires, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Comment faites-vous votre approvisionnement en médicaments (circuit) ?

Comment s’opère la distribution de l’ONPPC ? Qu’en pensez-vous ?

Quelle est la fréquence des ruptures de stock ?

Quelles sont les conséquences des ruptures ?

Comment gérez-vous les ruptures ?

Quel rapport avez-vous avec le secteur informel du médicament (« pharmacie par terre »).

- **Quelles sont les implications du système d’exemption sur l’organisation des services de santé ?**
 - Relation soignants/soignés, surcharge de travail administratif, surcharge causée par la hausse de la fréquentation, gestion des ressources humaines et des approvisionnements en MEG, Existence de coûts cachés et de surcoût (dépenses supplémentaires), Prélèvement indus (rackets, surfacturation, ordonnance, double usage, cadeaux, etc.)

Avez-vous procédé à une nouvelle organisation du travail au sein de votre structure ? (lesquels, pourquoi, comment dans quel but, par qui ?)

Comment vous organisez-vous avec la hausse de la fréquentation pour les activités de prévention (CPN, vaccination, PF, CN, etc.)?

Comment vous organisez-vous avec la hausse de la fréquentation pour les activités curatives (enfant malade) ?

Comment gérez-vous le personnel ? (distribution des tâches)

Comment vous organisez-vous pour l’approvisionnement en médicaments ?

Comment collectez-vous les données SNIS ?

Y’a-t-il eu une modification de vos pratiques ?

Quelle perception avez-vous de la qualité des soins en contexte de gratuité ?

Quels problèmes avez-vous avec la mobilité du personnel (affectation) ?

Avez-vous des problèmes pour déterminer l’âge de l’enfant ? Comment procédez-vous ? (critère, faveur, abus, conflit)

Avez-vous constaté des modifications dans vos rapports avec les usagers en contexte de gratuité (bénéficiaires et les payants)? Lesquels ?

Sont-ils bien informés du système de gratuité ?

Qu’est ce qui reste payant pour les bénéficiaires malgré la gratuité ?

Comment résolvez-vous l’accès aux soins de ceux qui ne fréquentent pas votre structure de santé (cause de refus ou d’éloignement) ?

Que pensez-vous de la supervision en contexte de gratuité ?

Existe-t-il des différences dans la mise en œuvre de la gratuité entre les structures de votre aire de santé ?

Comment procédez-vous pour les évacuations ?

Y’a-t-il une amélioration des procédures de l’évacuation avec la gratuité ?

Comment percevez la cohabitation RC et gratuité et mutuelle de santé ?

Y’a-t-il eu amélioration de vos relations avec les autres acteurs (collègues, ONG, COGES, mairie, etc.)

Comment procédez-vous à la supervision des cases de santé ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

- **Comment les COGES/COSA/Collectivités territoriales sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?**

- Perte d’argent, participation aux décisions, compréhension de la politique, gestion des remboursements et implication sur le recouvrement des coûts, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Quels rapports avez-vous avec les COGES/COSA/Collectivités territoriales ?

Comment gèrent-ils le recouvrement des coûts ?

Sont-ils impliqués dans la gestion du remboursement ?

Selon vous que disent-ils de la gratuité ?

Guide d'entrevue ECD

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur MDM-F de son partenariat avec l'ECD et les CSI ?**
 - Point de vue des deux côtés MDM/ECD/CSI, intérêt des protocoles d'accord, aspects positifs et négatifs, forces/faiblesses, prospective

Que fait MDM dans votre localité ?

Quels sont vos rapports avec les agents de MDM ?

Comment fonctionne MDM ? Qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous de MDM par rapport aux autres ONG ?

MDM est-il un bailleur de fond/appui technique/partenaire ?

Pensez-vous qu'il devrait intervenir dans un autre domaine ?

Pensez-vous qu'il ne devrait pas intervenir dans certains domaines ? Pourquoi ?

Qu'attendez-vous de MDM ?

Que représente MDM pour vous ?

- **Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de compagnonnage des agents de santé par l'équipe MDM-F ?**
 - Compagnonnage un jour vs deux jours, qualité technique des équipes MDM, roulement du personnel CSI, processus d'évaluation, suivi et évaluation, perception des effets, intégration de l'ECD

Quelle perception avez-vous de la stratégie de compagnonnage de MDM ?

Pensez-vous que l'équipe MDM est compétente ?

Que pensez-vous des formations qu'elle donne ? Sont-elles utiles ?

Avez-vous de bons rapports avec l'équipe ?

Qu'attendez-vous du compagnonnage ?

Pensez-vous que c'est une réussite ?

Que suggérez-vous pour améliorer le compagnonnage ?

Est-elle utile ?

Pensez-vous à une autre stratégie ?

Participez-vous à cette stratégie ? Comment ?

- **Comment s'organise l'intégration du projet MDM-F dans l'organisation de l'équipe cadre de district et des chefs CSI ?**
 - Planification opérationnelle, intégration dans les activités de l'ECD/CSI, utilisation des outils créés par MDM, participation de l'ECD dans la création de ces outils, rétroaction de l'usage des données provenant des outils

Participez-vous à la création des outils de MDM ?

Qu'est-ce que MDM vous a apporté ?

Comment faites-vous la supervision ?

La faites-vous avec MDM ?

- **Quelle est la perception des acteurs du partenariat entre MDM-F, l'ECD et les CSI ?**
 - Point de vue des deux côtés MDM/ECD/CSI, intérêt des protocoles d'accord, aspects positifs et négatifs, forces/faiblesses, prospective

Quels accords avez-vous avec MDM ?

Quels est leur intérêt ?

Qu'en pensez-vous ?

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur le bien fondé de la politique de gratuité ?**

Que pensez-vous personnellement de la politique de gratuité ?

Que peut-elle résoudre comme problème ? Pourquoi ?

Comment percevez-vous les effets de la gratuité ?

Y'a-t-il selon vous des effets positifs ?

Y'a-t-il selon vous des effets pervers ?

Y'a-t-il des résistances ? De la part de qui ?
Pensez-vous que la gratuité résout l'accès aux soins des indigents ?
Pérennité de la gratuité ?

- **Comment la politique d'exemption a-t-elle démarré dans votre localité ? (Historique)**

Depuis quand vous parle t-on de la gratuité ?
Comment avez-vous été informé ?
Comment est venue cette idée ?
Qui vous en a parlé ?
Qui a pris la décision de faire la gratuité ?
Quel est le but visé ?

- **Comment les acteurs perçoivent-ils le système de remboursement forfaitaire ?**

- Montant des forfaits, lourdeur administrative, système de contrôle, suivi et évaluation, effets pervers (fausses consultations), suggestions d'autres systèmes de fonctionnement, de l'implication de la venue de l'exemption de l'accouchement

Comment se font les remboursements ?
Quel est le circuit du remboursement ? Qu'en pensez-vous ?
Quel est le montant des forfaits ? Qu'en pensez-vous ?
Quels sont les outils de la gratuité ?
Comment gérez-vous ces outils ?
Pensez-vous que ces outils sont adaptés ?
Y'a-t-il un système de suivi et de contrôle ? Qu'en pensez-vous ?
Avez-vous des suggestions sur le système actuel de remboursement ?
Que pensez-vous de la possibilité de l'exemption de l'accouchement ?
Quelles autres difficultés rencontrez-vous en général par rapport au remboursement ?

- **Quelles sont les difficultés liées au système d'approvisionnement en médicaments ?**

- Distribution ONPPC, convention MDM/ONPPC Tahoua, taux de ruptures de stocks MEG, perception des gestionnaires, de l'implication de la venue de l'exemption de l'accouchement

Comment se fait l'approvisionnement en médicaments (circuit) ? Quel rôle y jouez-vous ?
Comment s'opère la distribution de l'ONPPC ? Qu'en pensez-vous ?
Quelle est la fréquence des ruptures de stock ?
Quelles sont les conséquences des ruptures ?
Comment gérez-vous les ruptures ?
Quel rapport avez-vous avec le secteur informel du médicament (« pharmacie par terre »).

- **Quelles sont les implications du système d'exemption sur l'organisation des services de santé ?**

- Relation soignants/soignés, surcharge de travail administratif, surcharge causée par la hausse de la fréquentation, gestion des ressources humaines et des approvisionnements en MEG, Existence de coûts cachés et de surcoût (dépenses supplémentaires), Prélèvement induit (rackets, surfacturation, ordonnance, double usage, cadeaux, etc.)

Avez-vous procédé à une nouvelle organisation de votre travail ? (laquelle, pourquoi, comment dans quel but, par qui ?)
Comment gérez-vous les CSI en situation de gratuité ?
Comment s'organise l'approvisionnement en médicaments ?
Comment se fait la collecte des données SNIS ? Qu'en pensez-vous ?
Y'a-t-il eu une modification des pratiques ?
Quelle perception avez-vous de la qualité des soins en contexte de gratuité ?
Quels problèmes avez-vous avec la mobilité du personnel (affectation) ? Quel rôle y jouez-vous ?
Les usagers, sont-ils bien informés du système de gratuité ?
Qu'est ce qui reste payant pour les bénéficiaires malgré la gratuité ?
Comment résolvez-vous l'accès aux soins de ceux qui ne fréquentent pas les structures de santé (cause de refus ou d'éloignement) ?
Avez-vous des difficultés dans la supervision ?
Que pensez-vous de la supervision en contexte de gratuité ?

Existe-t-il des différences dans la mise en œuvre de la gratuité entre les structures de votre aire de santé ?

Comment procédez-vous pour les évacuations ?

Y’a-t-il une amélioration des procédures de l’évacuation avec la gratuité ?

Comment percevez la cohabitation RC et gratuité et mutuelle de santé ?

Y’a-t-il eu amélioration de vos relations avec les autres acteurs (collègues, CSI, ONG, COGES, Cosa, mairie, etc.)

- **Comment les COGES/COSA/Collectivités territoriales sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?**

- Perte d’argent, participation aux décisions, compréhension de la politique, gestion des remboursements et implication sur le recouvrement des coûts, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Quels rapports avez-vous avec les COGES/COSA/Collectivités territoriales ?

Comment gèrent-ils le recouvrement des coûts ?

Sont-ils impliqués dans la gestion du remboursement ?

Selon vous que disent-ils de la gratuité ?

- **Comment faire en sorte que les personnes les plus pauvres et les plus éloignées des CSI puissent mieux profiter de l’exemption du paiement ?**

- Information du public, prise en charge des coûts de transport

Guide d’entrevue COGES/COSA

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur MDM-F de son partenariat avec l’ECD et les CSI ?**
 - Point de vue des deux côtés MDM/ECD/CSI, intérêt des protocoles d’accord, aspects positifs et négatifs, forces/faiblesses, prospective

Connaissez-vous MDM ?

Que fait MDM dans votre localité ?

Quels sont vos rapports avec les agents de MDM ?

Comment fonctionne MDM ? Qu’en pensez-vous ?

Que pensez-vous de MDM par rapport aux autres ONG ?

MDM est-il un bailleur de fond/appui technique/partenaire ?

Pensez-vous qu’il devrait intervenir dans un autre domaine ?

Pensez-vous qu’il ne devrait pas intervenir dans certains domaines ? Pourquoi ?

Qu’attendez-vous de MDM ?

- **Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de compagnonnage des agents de santé par l’équipe MDM-F ?**
 - Compagnonnage un jour vs deux jours, qualité technique des équipes MDM, roulement du personnel CSI, processus d’évaluation, suivi et évaluation, perception des effets, intégration de l’ECD

Quelle perception avez-vous de la stratégie de compagnonnage de MDM ?

Pensez-vous que l’équipe MDM est compétente ?

Pensez-vous que c’est une réussite ?

- **Comment s’organise l’intégration du projet MDM-F dans l’organisation de l’équipe cadre de district et des chefs CSI ?**
 - Planification opérationnelle, intégration dans les activités de l’ECD/CSI, utilisation des outils créés par MDM, participation de l’ECD dans la création de ces outils, rétroaction de l’usage des données provenant des outils
- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur le bien fondé de la politique de gratuité ?**

Que pensez-vous personnellement de la politique de gratuité ?

Que peut-elle résoudre comme problème ? Pourquoi ?

Comment percevez-vous les effets de la gratuité ?

Y’a-t-il selon vous des effets positifs ?

Y’a-t-il selon vous des effets pervers ?

Y’a-t-il des résistances ? De la part de qui ?

Pensez-vous que la gratuité résout l’accès aux soins des indigents ?

Pérennité de la gratuité ?

- **Comment la politique d’exemption a-t-elle démarré dans votre localité ? (Historique)**

Depuis quand vous parle t-on de la gratuité ?

Comment avez-vous été informé ?

Comment est venue cette idée ?

Qui vous en a parlé ?

Qui a pris la décision de faire la gratuité ?

Quel est le but visé ?

Avez-vous participé à la diffusion de l’information ? De quelle manière ? Réussite ou échec ?

- **Quelles sont les perceptions des usagers et de la population à l’égard de l’exemption ?**

- Bien-fondé de la politique, transformation de la relation avec les agents, effets perçus (délais de consultation, réduction des coûts)

Que savez-vous de la mesure de gratuité ?

Pensez-vous que les populations sont bien informées de la mesure de gratuité ? Ce qui est gratuit ce qui ne l’est pas ?

Que pensez-vous de la possibilité de l’exemption de l’accouchement ?

Que savez-vous des modalités de financement de la politique de gratuité ?

Y’a-t-il réellement une réduction des coûts selon vous ?

Qu’est ce qui reste payant ?

Y’a-t-il une modification des rapports avec les agents de santé en contexte de gratuité ?

Le délai de consultation est-il amélioré ?

- **Comment les COGES/COSA/Collectivités territoriales sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?**

- Perte d’argent, participation aux décisions, compréhension de la politique, gestion des remboursements et implication sur le recouvrement des coûts, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Que pensez-vous du rôle des COGES/COSA/Collectivités territoriales en situation de gratuité ?

Que pensez-vous de la cohabitation RC, gratuité et mutuelle de santé ?

Pensez-vous qu’il y a eu modification de votre rôle en contexte de gratuité ?

- **Comment les acteurs perçoivent-ils le système de remboursement forfaitaire ?**

- Montant des forfaits, lourdeur administrative, système de contrôle, suivi et évaluation, effets pervers (fausses consultations), suggestions d’autres systèmes de fonctionnement, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Comment se font les remboursements ?

Quel est le circuit du remboursement ? Qu’en pensez-vous ?

Quel est le montant des forfaits ? Qu’en pensez-vous ?

Que pensez-vous de la possibilité de l’exemption de l’accouchement ?

Quelles autres difficultés rencontrez-vous en général par rapport au remboursement ?

- **Comment faire en sorte que les personnes les plus pauvres et les plus éloignées des CSI puissent mieux profiter de l’exemption du paiement ?**

- Information du public, prise en charge des coûts de transport

Guide d'entrevue Notables

Autorité de tutelle, Chef coutumier (quartier, village/tribu, canton/groupements, imam, élus locaux)

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur MDM-F ?**

Connaissez-vous MDM ?

Que fait MDM dans votre localité ?

Quels sont vos rapports avec les agents de MDM ?

Comment fonctionne MDM ? Qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous de MDM par rapport aux autres ONG ?

MDM est-il un bailleur de fond/appui technique/partenaire ?

Pensez-vous qu'il devrait intervenir dans un autre domaine ?

Pensez-vous qu'il ne devrait pas intervenir dans certains domaines ? Pourquoi ?

Qu'attendez-vous de MDM ?

- **Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de compagnonnage des agents de santé par l'équipe MDM-F ?**

- Compagnonnage un jour vs deux jours, qualité technique des équipes MDM, roulement du personnel CSI, processus d'évaluation, suivi et évaluation, perception des effets, intégration de l'ECD

Quelle perception avez-vous de la stratégie de compagnonnage de MDM ?

Pensez-vous que l'équipe MDM est compétente ?

Pensez-vous que c'est une réussite ?

- **Comment s'organise l'intégration du projet MDM-F dans l'organisation de l'équipe cadre de district et des chefs CSI ?**

- Planification opérationnelle, intégration dans les activités de l'ECD/CSI, utilisation des outils créés par MDM, participation de l'ECD dans la création de ces outils, rétroaction de l'usage des données provenant des outils

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur le bien fondé de la politique de gratuité ?**

Que pensez-vous personnellement de la politique de gratuité ?

Que peut-elle résoudre comme problème ? Pourquoi ?

Comment percevez-vous les effets de la gratuité ?

Y'a-t-il selon vous des effets positifs ?

Y'a-t-il selon vous des effets pervers ?

Y'a-t-il des résistances ? De la part de qui ?

Pensez-vous que la gratuité résout l'accès aux soins des indigents ?

Pérennité de la gratuité ?

- **Comment la politique d'exemption a-t-elle démarré dans votre localité ? (Historique)**

Depuis quand vous parle t-on de la gratuité ?

Comment avez-vous été informé ?

Comment est venue cette idée ?

Qui vous en a parlé ?

Qui a pris la décision de faire la gratuité ?

Quel est le but visé ?

Avez-vous participé à la diffusion de l'information ? De quelle manière ? Réussite ou échec ?

- **Quelles sont les perceptions des usagers et de la population à l'égard de l'exemption ?**

- Bien-fondé de la politique, transformation de la relation avec les agents, effets perçus (délais de consultation, réduction des coûts)

Que savez-vous de la mesure de gratuité ?

Pensez-vous que les populations sont bien informées de la mesure de gratuité ? Ce qui est gratuit ce qui ne l'est pas ?

Que pensez-vous de la possibilité de l'exemption de l'accouchement ?

Que savez-vous des modalités de financement de la politique de gratuité ?

Y’a-t-il réellement une réduction des coûts selon vous ?

Qu’est ce qui reste payant ?

Y’a-t-il une modification des rapports avec les agents de santé en contexte de gratuité ?

Le délai de consultation est-il amélioré ?

- **Comment les COGES/COSA/Collectivités territoriales sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?**

- Perte d’argent, participation aux décisions, compréhension de la politique, gestion des remboursements et implication sur le recouvrement des coûts, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Que pensez-vous du rôle des COGES/COSA/Collectivités territoriales en situation de gratuité ?

Que pensez-vous de la cohabitation RC, gratuité et mutuelle de santé ?

- **Comment faire en sorte que les personnes les plus pauvres et les plus éloignées des CSI puissent mieux profiter de l’exemption du paiement ?**

- Information du public, prise en charge des coûts de transport

Guide d’entrevue Bénéficiaires/Usagers/Population générale

Population générale : instituteurs, groupements de femmes, jeunes adultes,

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur MDM-F ?**

Connaissez-vous MDM ?

Que fait MDM dans votre localité ?

Comment fonctionne MDM ? Qu’en pensez-vous ?

Que pensez-vous de MDM par rapport aux autres ONG ?

MDM est-il un bailleur de fond/appui technique/partenaire ?

Pensez-vous qu’il devrait intervenir dans un autre domaine ?

Qu’attendez-vous de MDM ?

- **Quelles sont les perceptions des acteurs sur le bien fondé de la politique de gratuité ?**

Que pensez-vous personnellement de la politique de gratuité ?

Que peut-elle résoudre comme problème ? Pourquoi ?

Comment percevez-vous les effets de la gratuité ?

Y’a-t-il selon vous des effets positifs ?

Y’ a t il selon, vous des effets pervers ?

Y’a-t-il des résistances ? De la part de qui ?

Pensez-vous que la gratuité résout l’accès aux soins des indigents ?

Pérennité de la gratuité ?

- **Comment la politique d’exemption a-t-elle démarré dans votre localité ? (Historique)**

Depuis quand vous parle t-on de la gratuité ?

Comment avez-vous été informé ?

Comment est venue cette idée ?

Qui vous en a parlé ?

Qui a pris la décision de faire la gratuité ?

Quel est le but visé ?

- **Quelles sont les perceptions des usagers et de la population à l’égard de l’exemption ?**

- Bien-fondé de la politique, transformation de la relation avec les agents, effets perçus (délais de consultation, réduction des coûts)

Que savez-vous de la mesure de gratuité ? Ce qui est gratuit ce qui ne l’est pas ?

Que savez-vous des modalités de financement de la politique de gratuité ?

Avez-vous des enfants qui ne font pas parti des mesures de gratuité ? Si oui comment faites-vous ?

Que pensez-vous de la possibilité de l’exemption de l’accouchement ?

- **Comment les COGES/COSA/Collectivités territoriales sont intégrés et perçoivent le système d’exemption du paiement ?**

- Perte d’argent, participation aux décisions, compréhension de la politique, gestion des remboursements et implication sur le recouvrement des coûts, de l’implication de la venue de l’exemption de l’accouchement

Que pensez-vous du rôle des COGES/COSA/Collectivités territoriales en situation de gratuité ?

Que pensez-vous de la cohabitation RC, gratuité et mutuelle de santé ?

- **Comment faire en sorte que les personnes les plus pauvres et les plus éloignées des CSI puissent mieux profiter de l’exemption du paiement ?**

- Information du public, prise en charge des coûts de transport

Annexe 3 : Pourcentage d’accord des agents de Keïta (n=18) au questionnaire sur la gratuité

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Parfaitement
1 La gratuité des soins a permis d’améliorer l’utilisation des services pour les populations cibles		6%	11%	83%
2 La gratuité des soins a permis d’améliorer l’état de santé des populations cibles			17%	83%
3 La gratuité des soins a réduit le taux de recouvrement des coûts de la formation sanitaire	33%	6%	17%	44%
4 La gratuité des soins a eu des effets positifs sur la manière dont je soigne les patients	39%	6%	22%	33%
5 La gratuité des soins a permis d’améliorer mes compétences pour faire les diagnostics	39%	28%	6%	28%
6 La gratuité des soins a renforcé mon expérience professionnelle	50%	11%	17%	22%
7 La gratuité des soins m’a permis de mieux soigner les patients	28%	6%	17%	50%
8 La gratuité des soins m’a permis de soigner plus de personnes que d’habitude	17%	6%	6%	72%
9 La gratuité des soins m’a permis d’aider les personnes les plus vulnérables	22%	17%		61%
10 La gratuité des soins a eu des effets négatifs sur la manière dont je soigne patients	44%	11%	11%	33%
11 La gratuité des soins a réduit le temps passé avec chaque patient	22%	11%	6%	61%
12 La gratuité des soins a augmenté la charge de travail en terme de nombre de patients	11%	17%	11%	61%
13 La gratuité des soins a augmenté la charge de travail administrative	22%	6%	22%	50%
14 La gratuité des soins ne me permet pas de consulter tous les patients qui viennent	56%	17%	11%	17%
15 La gratuité des soins a compliqué ma relation avec les malades	61%	11%	17%	11%
16 La gratuité des soins m’a obligé à négocier avec des patients qui ne sont pas malades mais qui veulent des médicaments	44%	6%	6%	44%
17 La gratuité des soins a augmenté le nombre de patients qui cherchent à abuser du système	28%	28%	6%	39%
18 Si les patients ne paient pas les soins, ils ne les valorisent pas	11%	11%	22%	56%
19 La population confond la gratuité des soins avec une distribution de médicaments	17%	17%	17%	50%
20 En tant que professionnel de la santé, je me suis senti personnellement concerné par la mise en place de la gratuité des soins	39%	11%	6%	44%
21 Pour moi personnellement, la gratuité des soins a fait que je me suis senti exploité	44%	11%	6%	39%
22 Pour moi personnellement, la gratuité des soins a causé mon épuisement professionnel	44%	22%	6%	28%
23 Pour moi personnellement, la gratuité des soins a fait que je suis devenu frustré	61%	6%	17%	17%
24 Avec la gratuité des soins, j’ai subi des pressions des patients pour obtenir plus de médicaments	53%	18%	6%	24%
25 Avec la gratuité des soins, j’ai subi une perte de mes revenus personnels	67%	6%	6%	22%
26 J’ai été bien informé des modalités de mise en œuvre de la gratuité des soins	17%		11%	72%
27 L’instauration de la gratuité des soins est plus une décision qui vient des bailleurs de fonds que du gouvernement	39%	11%	22%	28%
28 Les stratégies mises en œuvre pour informer les villageois et les membres de la communauté de la gratuité des soins ont été bien organisées	17%	17%	33%	33%
29 J’ai été consulté pour donner mon avis sur la manière de mettre en œuvre la gratuité des soins	50%	6%	6%	39%
30 Je trouve que les COGES sont bien impliqués dans le système de gratuité des soins	22%		17%	61%
31 Je trouve que les COGES sont d’accord avec la mise en place de la gratuité des soins	17%		17%	67%
32 Je trouve que la gratuité des soins pose des problèmes pour la disponibilité des médicaments	28%	11%	17%	44%
33 Je trouve que le remboursement des factures arrive à temps	56%	11%	22%	11%
34 Je trouve que le montant remboursé pour chaque acte est suffisant	39%	11%	28%	22%
35 Je trouve que l’on a affecté suffisamment de personnel pour faire face à l’augmentation de la demande de soins causée par la gratuité	72%	17%		11%
36 Je trouve que les plus pauvres, les cas sociaux (indigents) bénéficient de la gratuité	17%	6%	17%	61%
37 Je pense que le système de suivi de la gratuité des soins est adéquat	11%	17%	17%	56%
38 Je pense que la présence d’une ONG pour appuyer un district fait que la gratuité des soins est mieux organisée que dans d’autres districts sans ONG	6%	6%	6%	83%
39 Je pense que rendre les accouchements aussi gratuits serait une bonne idée				100%
40 Après le départ du projet MDM à Keïta, le gouvernement va pouvoir continuer le système de gratuité des soins	11%		28%	61%
41 J’ai confiance dans le gouvernement pour poursuivre dans les prochaines années la gratuité des soins	17%	17%	33%	33%
42 J’ai confiance dans le gouvernement pour assurer le remboursement régulier des factures	28%	17%	33%	22%

Annexe 4 : Réponses des agents de Abalak (n=19) au questionnaire sur la gratuité

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Parfaite-ment
1 La gratuité des soins a permis d'améliorer l'utilisation des services pour les populations cibles			5%	95%
2 La gratuité des soins a permis d'améliorer l'état de santé des populations cibles			17%	83%
3 La gratuité des soins a réduit le taux de recouvrement des coûts de la formation sanitaire	26%	11%	16%	47%
4 La gratuité des soins a eu des effets positifs sur la manière dont je soigne les patients	6%	17%	33%	44%
5 La gratuité des soins a permis d'améliorer mes compétences pour faire les diagnostics	26%	16%	16%	42%
6 La gratuité des soins a renforcé mon expérience professionnelle	16%	21%	26%	37%
7 La gratuité des soins m'a permis de mieux soigner les patients		28%	39%	33%
8 La gratuité des soins m'a permis de soigner plus de personnes que d'habitude			11%	90%
9 La gratuité des soins m'a permis d'aider les personnes les plus vulnérables			5%	95%
10 La gratuité des soins a eu des effets négatifs sur la manière dont je soigne patients	61%	11%	11%	17%
11 La gratuité des soins a réduit le temps passé avec chaque patient	42%	11%	21%	26%
12 La gratuité des soins a augmenté la charge de travail en terme de nombre de patients			26%	74%
13 La gratuité des soins a augmenté la charge de travail administrative		5%	21%	74%
14 La gratuité des soins ne me permet pas de consulter tous les patients qui viennent	58%	11%	16%	16%
15 La gratuité des soins a compliqué ma relation avec les malades	67%		17%	17%
16 La gratuité des soins m'a obligé à négocier avec des patients qui ne sont pas malades mais qui veulent des médicaments	39%	11%	17%	33%
17 La gratuité des soins a augmenté le nombre de patients qui cherchent à abuser du système	21%	11%	11%	58%
18 Si les patients ne paient pas les soins, ils ne les valorisent pas	37%	16%	16%	32%
19 La population confond la gratuité des soins avec une distribution de médicaments	33%	17%	11%	39%
20 En tant que professionnel de la santé, je me suis senti personnellement concerné par la mise en place de la gratuité des soins	11%	5%	16%	68%
21 Pour moi personnellement, la gratuité des soins a fait que je me suis senti exploité	39%	11%	6%	44%
22 Pour moi personnellement, la gratuité des soins a causé mon épuisement professionnel	50%	11%	11%	28%
23 Pour moi personnellement, la gratuité des soins a fait que je suis devenu frustré	61%	11%	11%	17%
24 Avec la gratuité des soins, j'ai subi des pressions des patients pour obtenir plus de médicaments	53%	21%	5%	21%
25 Avec la gratuité des soins, j'ai subi une perte de mes revenus personnels	53%		24%	24%
26 J'ai été bien informé des modalités de mise en œuvre de la gratuité des soins	22%	17%	17%	44%
27 L'instauration de la gratuité des soins est plus une décision qui vient des bailleurs de fonds que du gouvernement	26%	16%	16%	42%
28 Les stratégies mises en œuvre pour informer les villageois et les membres de la communauté de la gratuité des soins ont été bien organisées	26%	21%	26%	26%
29 J'ai été consulté pour donner mon avis sur la manière de mettre en œuvre la gratuité des soins	63%		5%	32%
30 Je trouve que les COGES sont bien impliqués dans le système de gratuité des soins	28%	17%	6%	50%
31 Je trouve que les COGES sont d'accord avec la mise en place de la gratuité des soins	11%	33%	6%	50%
32 Je trouve que la gratuité des soins pose des problèmes pour la disponibilité des médicaments	26%	16%	5%	53%
33 Je trouve que le remboursement des factures arrive à temps	79%	5%		16%
34 Je trouve que le montant remboursé pour chaque acte est suffisant	28%	6%	28%	39%
35 Je trouve que l'on a affecté suffisamment de personnel pour faire face à l'augmentation de la demande de soins causée par la gratuité	74%	5%	11%	11%
36 Je trouve que les plus pauvres, les cas sociaux (indigents) bénéficient de la gratuité	21%	5%	16%	58%
37 Je pense que le système de suivi de la gratuité des soins est adéquat	39%	28%	11%	22%
38 Je pense que la présence d'une ONG pour appuyer un district fait que la gratuité des soins est mieux organisée que dans d'autres districts sans ONG	22%	6%	11%	61%
39 Je pense que rendre les accouchements aussi gratuits serait une bonne idée	5%	11%	16%	68%
40 J'ai confiance dans le gouvernement pour poursuivre dans les prochaines années la gratuité des soins	6%	12%	18%	65%
41 J'ai confiance dans le gouvernement pour assurer le remboursement régulier des factures	25%	6%	19%	50%

Annexe 5 : études de cas

Étude de cas n°1

MS, a 27 ans, elle est à sa huitième grossesse, et huitième accouchement. Elle a actuellement six enfants vivants, et deux décédés. Son mari est instituteur, il occupe actuellement la fonction de surveillant général du CEG de Tabalak. Donc, elle fait partie des femmes élites de Tabalak. MS, est une habituée des services de la SR. Elle fréquente régulièrement les consultations prénatales. Pour cette dernière grossesse, elle a suivi les quatre consultations. C'était vers la prière de Maghreb que MS a senti des malaises. Elle a informé son mari. Celui-ci a immédiatement cherché une charrette pour la faire conduire au CSI de la localité. Il était 20 heures et, « *je pensais que les choses vont aller vite, comme d'habitude* » nous confie t-elle. Comme c'est la descente l'infirmier et son adjointe qui est en même temps son épouse se trouvent à domicile. SG, époux de la parturiente, s'introduit dans le domicile et fait appeler à l'infirmière, « *comme c'est un cas d'accouchement, c'est généralement elle qui s'en occupe* ». Dès son arrivée, l'infirmière a installé la parturiente dans la salle d'accouchement, elle laissa à ses côtés, deux de ses accompagnantes. Quant au mari, « *je suis resté dehors sur le banc et attendre, comme c'est une affaire de femme* ». L'infirmière passa à l'examen de la parturiente « *elle m'a mis la main* » (toucher vaginal), puis elle a posé quelque chose sur mon ventre et mis ses oreilles, je pense qu'elle écoute le « *lunhachi* » (respiration) du bébé ». La parturiente a accepté sans problème l'examen gynécologique, « *je n'ai pas de problème pour ça, car c'est pour ma santé* ». Après l'examen, l'infirmière demanda vite d'aller chercher la « *makarbiya* » (matrone) : « *je n'ai pas compris pourquoi elle a demandé vite d'aller chercher la makarbiya (matrone)* ». Le village de Tabalak dispose de deux matrones reconnues par le CSI. Le mari part vite chercher l'une d'elle, à la question pourquoi le choix de cette matrone et non l'autre, il répond : « *ici à Tabalak, chaque femme a sa makarbiya (matrone) à laquelle elle a confiance* ». Au CSI de Tabalak, c'est la matrone qui vient avec la parturiente à la formation sanitaire. En cas de difficultés, c'est la matrone qui accompagne la femme à la maternité de référence. Normalement le CSI de Tabalak, est rattaché à l'hôpital de district d'Abalak. Ce dernier dispose d'une maternité dotée d'une sage-femme et de 3 infirmières. Néanmoins, le major ne réfère pas ses malades à l'hôpital de district. Il les envoie directement au CHR ou à la maternité Tassigui de Tahoua, compte tenu de la proximité : « *même si je réfère un malade à Abalak, ils ne vont pas. Puisque l'hôpital de district n'est pas fonctionnel* ». MS, ses accompagnantes et la matrone ont passé la nuit au CSI, quant à l'infirmier major et son adjointe, ils sont rentrés dormir, « *vous savez chaque fois qu'il y a accouchement, même pendant les journées, ce sont les « ungozamai » (matrones), qui restent avec les femmes, quant aux « likitoci » (agents de santé), pendant la journée, il vont faire leur travail, pendant la nuit, il partent dormir, c'est seulement quand il y a des problème qu'on les cherche* ». Vers 6 heures du matin au retour du mari, l'infirmière l'informe, qu'il va falloir continuer à Tahoua. Pour le mari c'est parce que « *le major n'a pas mon numéro de téléphone* », c'est pourquoi il a laissé jusqu'au matin avant le contacter. Comme SG a pressenti les difficultés, il a mis la nuit à contribution pour mobiliser les ressources nécessaires pour l'évacuation. Aussitôt informé, SG, se rend à la gare et loue un véhicule à 15.000 et décolle pour Tahoua le 2 novembre 2008. Ils arrivent à la maternité Tassigui aux environs de 8heures 30minutes. Quelques minutes après l'entrée de son épouse dans les locaux de la maternité, une sage-femme sort et lui tend une ordonnance pour acheter des gants. « *Je vais les acheter à la pharmacie Ader un peu plus de 2000 francs. Au retour, elle a pris les gants et me dit, il faut aller vous reposer, on va voir la situation. Je suis parti m'asseoir sur un banc.* »

Entre 9 heures et 10 heures, un docteur appelle l'époux de la parturiente, pour lui annoncer qu'il faudra réalisé une césarienne. Automatiquement l'époux refuse l'opération. Quelque temps après, le médecin revient et dit à l'époux de la parturiente « *le ventre de votre épouse est en train d'augmenter de volume. Si on ne fait pas l'opération, on risquera de perdre et le fœtus et la mère* ». En plus le docteur a fait comprendre au mari, que « *vous êtes instituteur et directeur surveillant au collège, donc un cadre, c'est à vous de donner le bon exemple aux villageois. Si vous refusez à faire l'opération que ferons les villageois* ». C'est ainsi que SG a fait venir les parents de son épouse et demander au docteur de répéter ce qu'il lui a dit. Ils se sont retirés pour se consulter et ils ont prit la décision d'accepter l'intervention

chirurgicale « nous, nous sommes remis à Dieu ». L’intervention a été réalisée le 2 novembre 2008. Selon MS, « ils m’ont amené dans la salle d’opération, et est fini au environs de midi et le docteur sort de la salle d’opération, puis ils m’ont installé sur une table, les sages-femmes m’ont regardé (TV), puis ils m’ont fait une injection dans le dos, ensuite ils ‘ont mis un ‘koko’ (Cup) au nez et ils ont commencer l’opération. J’étais consciente, j’entendais tout ce qu’ils disaient mais je n’avais pas mal ». L’opération est fini aux environs de midi, et le docteur fait appeler SG et lui dit « l’opération a réussi, nous avons pu sauver et l’enfant et la mère ». Un bébé de sexe féminin, pesant 3000g, 46cm de taille et 33 de périmètre crânien et avec un score d’Apgar de 10 (extrait du carnet de santé) a été extrait de l’utérus de la mère. SG est parti comme à l’accoutumé accompagné de sa matrone. Mais à la maternité Tassigui de Tahoua, il y a des matrones qui font la garde, en même temps que le personnel officiel. La matrone de Tabalak avec laquelle SG est parti à Tahoua lui dit « il y a une collègue matrone d’ici qui m’a aidé à ramasser le sang, laver le linge de la parturiente et le bébé, il faudra lui donner quelque chose ». SG prend 12.500 francs CFA et remet aux deux matrones, celle de Tabalak prend 5000 francs et donne à sa collègue de Tahoua 7.500. Après l’opération, et le réveil, la parturiente a été ramenée dans son lit. Avec à ses côtés ses parents pour la surveillance. Quant à la matrone, elle revient avec SG à Tabalak, qui est rentré pour préparer le séjour à la maternité. Le transport leur a coûté la somme de 1500 francs à raison de 750 francs par personne. SG a passé la nuit à Tabalak, mais il est resté en contact téléphonique avec eux. Comme il est de coutume dans la zone, plusieurs parents s’apprêtaient à se rendre à Tahoua. Mais, le lendemain matin, SG les informe et leur dit que tout c’est bien passé. Que ce n’est pas la peine de se déplacer. Selon SG, « c’est pour calmer les esprits et diminuer les dépenses. Car j’ai déjà 3 femmes à ma charge qui sont allées avec mon épouse ». Avant de rentrer sur Tabalak, SG laisse la somme de 15.000 francs aux parents de sa femme pour vire avant son retour. Avec cet argent, « elles ont acheté deux nattes en plastique pour la somme de 5000 francs. Les 10.000 restant ont été utilisé pour l’alimentation et la satisfaction des petits besoins. Le lundi à mon retour je leur ai encore laissé 10.000 francs. Pour acheter ce qu’il faut et en cas de problème je leur ait dit de m’appeler ». Le séjour à la maternité a duré une semaine et SG a été contraint de décaler le baptême d’un jour. Avant la sorti de la parturiente de la maternité SG a fait 6 va-et-vient entre Tahoua et Tabalak. Ce qui lui a coûté la somme de 9000 francs. A la sortie, SG donne de son propre chef la somme de 5000 francs aux infirmières. Pour rentrer avec la parturiente « comme nous sommes six (la parturiente, 3 accompagnantes, lui et le bébé), j’ai loué un véhicule à 15.000 francs ». Un mois après, SG et son épouse repartent à Tahoua pour la consultation retour qui leur a coûté la somme 3000 francs CFA.

Acte	Coût
CPN	0
Charrette maison-CSI	0
Accouchement CSI Tabalak	0
Location véhicule aller	15.000
Ordonnance gants	2.000
Retour à Tabalak (SG et Matrone)	1.500
Perdiem matrone	12.500
Acte Césarienne	0
Cadeau aux infirmières	5.000
Va-et-vient en Tahoua-Tabalak	9.000
Consultation retour	3.000
Nourriture et autres besoins	25.000
Location du véhicule (retour)	15.000
Total	103.750

Étude de cas n°2

L'intéressée ne se souvient pas du nombre de grossesse « *haihuwa, w aya nawa ne, an dai jima a na yi* » (l'accouchement qui se rappelle combien on a eu. On a duré entrain de faire). Selon la matrone du village SY est à sa douzième grossesse. Elle a actuellement six enfants vivants. La dernière grossesse date selon SY de la période du « *Kaka* » (récoltes). Son époux est cultivateur, marabout et vend du chocolat au marché de Laba. Il est polygame et a 3 femmes. Saratou est ménagère et elle est la deuxième épouse de son mari. SY a fréquenté les consultations prénatales. Elle a accompli avant l'accouchement trois visites. SY a commencé les CPN au 4^{ème} mois de la grossesse. Elle a été vaccinée contre le tétanos et déclare avoir reçu « *des médicaments rouge pour augmenter le sang, une moustiquaire et des médicaments blancs pour prévenir le « agana damana » (la fièvre de l'hivernage), qu'on prend un le matin et un le soir.* Avant de commencer les CPN, SY a d'abord sollicité l'autorisation de son mari. Elle n'a pas demandé de l'argent, car selon elle on ne paye pas pour les CPN. A la CPN, « *on ne fait rien de particulier. Elle prend un truc et elle écouter le ventre pour voir si l'enfant est en bonne santé* ». Mais quelques mois plus tard, SY a commencé à saigner « *il y a des gros caillots de sang qui sortaient de ma partie féminine* », jusqu'au jour de l'accouchement. Ce jour là a commencé à avoir des douleurs dans le ventre « *j'ai commencé à avoir du « camuka » (torsions) dans le ventre. Je ne me sentais pas bien. Et j'ai fait venir cette matrone et on est parti à pied au CSI rester un samedi aux environs de la prière de Asar (16 heures. A notre arrivé au CSI, l'infirmier m'a donné des comprimés blancs que j'ai pris. Et quelque temps, le nakuda (travail) a commencé et je ne faisais que verser du sang, que verser du sang. C'est la uwa gari (la mère du village, le placenta) qui est venu fermer la route du nouveau né* ». Puis le matin les infirmiers, nous ont dit que l'accouchement ne peut pas se réaliser à Laba ». Selon la matrone, ce n'est pas la première fois que SY a eu des difficultés d'accouchement. « *A la 11 grossesse, un jour elle était venue ici. Et ça a coincé que des blancs de MDM sont venus. Ils l'ont examiné et dit qu'eux même ils n'ont pas compris de quoi il s'agit. Ils l'ont transporté eux même à Keita. Arrivé à Keita pendant la nuit, le fœtus est tombé. Donc je pense que l'enfant est rentré, mais il n'est pas fixé comme il le fallait. Après ils lui ont fait une ordonnance, ils ont payé les médicaments prescrits et nous sommes revenus à Laba* ». Selon la matrone bénévole, « *au septième mois, SY a commencé à voir des saignements. Chaque jour ce sont des caillots de sang qui tombaient et cela a duré deux mois environs* ». Quant à SY elle déclare que, « *je partais voir les infirmiers du CSI, qui lui donnaient des comprimés pour arrêter l'hémorragie, mais ça ne s'est jamais arrêté, jusqu'au jour de l'opération* ». Un jour l'hémorragie a été très abondante accompagné de douleurs vives, un travail accéléré a commencé. Ils ont fait venir la matrone bénévole qui a demandé au mari de SY de amener au CSI « *dès que j'ai fait le touché, j'ai senti quelque chose d'anormal qui n'est pas semblable à une poche des eaux. En ce temps le major était parti en formation. Il y avait le major de Garhanga qui était de passage. Je lui ai demandé de toucher voir. Lorsqu'il a réalisé le TV, il m'a dit que ce n'est pas la poche des eaux. C'est le placenta. Nous avons décidé de ne pas la garder ici. Mais comme il faisait tard dans la nuit, nous l'avons gardé et très tôt le matin on est parti. Les gens ont pensé que c'est le fawa jini (l'hémorragie qui vient après la rupture des poches des l'eaux avant la délivrance). « *J'ai dit non, moi je n'ai jamais fait du fawa jini* ».*

Le matin l'infirmier major a fait un message radio pour faire venir l'ambulance. Le véhicule est arrivé aux environs de 9 heures pour les amener à Keita. L'époux aussitôt informé demande à l'infirmier les conditions de faire venir l'ambulance et l'infirmier lui répond « *il faudra payer le carburant à 7.000 francs* ». En ce moment, il n'avait sur lui que 1000 francs et par chance, « *j'ai réussi à collecter les 7000 francs du carburant auprès de six parents qui m'ont donné 1000 francs chacun et une dernière personne qui m'a donné 2500. C'est ainsi que j'ai remis au chauffeur et gardé les 2500 francs avec moi pour manger* ». Au CSI, aucun soin n'a été réalisé et aucune somme n'a été payée. Arrivé à Keita, la sage-femme a examiné la parturiente et a dit à la matrone que c'est le placenta prévia si elle était à 8 cm on pouvait observer voir, mais comme elle est à 7 cm et que le travail ne progresse pas il faudrait aller à Tahoua. La matrone fait comprendre au mari que « *même ici, l'accouchement là ne peut pas être réalisé, il faudra qu'on aille à Tahoua. Ils nous ont encore mis dans le véhicule pour nous envoyer à Tahoua où une fachi (opération) a été réalisé ce enfant* ». Ce dernier a accepté mais avant de quitter pour Tahoua, la sage-femme nous a installé une perfusion à la parturiente et a demandé à son mari de payer la somme de 2000

francs qui a remis à la matrone. Quant à elle, elle dit que le « *mari n’a rien payé à Keita* ». Selon la parturiente, « *on m’a mi le sérum parce que l’enfant monte pour occuper mon cœur. Et dès qu’on ma placé le sérum ça c’est arrêté* ». Pour les agents de santé le sérum a été placé pour avoir une voie veineuse et ne pas chercher à le faire à Tahoua. SY, ne se souvient pas de tout ce qui s’est passé entre Laba-keita-et Tahoua, jusqu’à l’extraction du fœtus. Elle a été accompagnée par la matrone bénévole et son mari. Arrivé à Tahoua, SY a été introduite dans le « *dakin faschi* » (salle d’opération). Puis un likita (agent de santé) est venu me demandé d’acheté une lame. Je suis allé la payer à 25 francs. Quelque temps après, l’époux de SY a été invité à venir voir l’enfant. Puis l’infirmier qui l’a appelé lui dit « *Bon en ce qui concerne l’opération, le gouvernement a tout prit en charge, mais, ça n’empêche pas que si tu veux tu peux donner quelque chose comme 2000 F ou plus pour ceux qui ont lavé leurs mains avec du savon* ». Le mari de SY a un parent à Tahoua, il est parti le voir, ce dernier lui a donné la somme de 5000 francs. Il donne 2000 francs à l’infirmier pour le Wankin hanu (lavage des mains), et laisse 3000 francs à son épouse et la matrone pour l’alimentation. Il revient à la maison pour mobiliser les ressources nécessaires à l’hospitalisation et au retour à la maison. C’est ainsi que l’époux de SY a pu avec toutes les difficultés mobiliser 6000 qu’il leur a envoyé à Tahoua. SY quant à elle ne savait pas qu’elle a été opérée. Elle l’a su au J4 après l’intervention, lorsqu’elle est devenue consciente, elle a demandé où était elle ? Et son mari lui a répondu « *tu es à Tahoua. On t’a opéré pour extraire l’enfant. Tout s’est passé très bien, il ne faudra pas t’inquiété* ». Après quatre jours, SY est sortie de la maternité et ils sont avec sont mari et la matrone rentrés directement à Laba, ou elle a continué à faire les pansements au CSI. Au retour au CSI, on a donné à SY une moustiquaire. SY et son mari ne sont pas au courant de la gratuité, la césarienne. Par ailleurs SY quant à elle déclare être au courant de la gratuité de la CPN « *avant quant on partait au awon ciki, on achetait les carnets à 200 francs, mais maintenant depuis un certain temps on ne donne rien. Il paraît que c’est maiguida (le chef pour dire le Président de la république) qui le paye pour nous* ».

Annexe 5 : « Termes de références »

TDR Evaluation Keita 3

Cadre général :

Médecins du Monde France intervient au Niger sur les questions de qualité et d’accès aux soins. Présente depuis mars 2006 sur le district de Keita, région de Tahoua, l’ONG travaille en partenariat avec les autorités sanitaires et a contribué à la mise en place de la politique d’exemption, aujourd’hui étendue à l’ensemble du territoire national.

Médecins du Monde a développé une approche d’appui systémique au district sanitaire de Keita à travers l’intégration de son action au Plan de Développement Sanitaire de District, un appui à l’Equipe Cadre de District et un travail d’accompagnement des personnels de santé périphériques. L’association s’est engagée dans un suivi qualitatif de son action. Pour ce faire, l’ONG produit et analyse régulièrement un certain nombre d’indicateurs :

- Evolution de la fréquentation par structure et par type,
- Suivi de la qualité des consultations par structure et par type,
- Suivi de la qualité et de la rationalité des prescriptions par structure,
- Calcul des coûts de la production du service et suivi des coûts d’ordonnance par pathologie et structure,
- Analyse d’impact de la pénurie et de la mobilité des ressources humaines de santé.

Le présent appel à proposition vise l’évaluation de presque trois années d’actions de terrain en termes de résultat et de démarche.

Les conclusions pourront être réinvesties par Médecins du Monde dans la conduite de projets ultérieurs, notamment au Sahel, sur cette thématique ou avec ces démarches ; l’évaluation aura ainsi une fonction de capitalisation.

Objectif de l’évaluation:

L’évaluation devra remplir deux objectifs :

Concernant la politique d’exemption de paiement par les usagers :

Analyse de résultats :

1.mesurer l’impact des exemptions à travers l’évaluation en termes :

a. d’activités :

i.Activités exemptés (CPN, PF, CC- 5 ans),

ii.Activités payantes,

b.d’analyse comparée des performances avec d’autres districts

i.analyse comparée avec districts appuyés par ONG internationales (HELP),

ii.analyse avec des districts non appuyés par une structure extérieure,

Analyse de processus :

2.Identifier les points critiques de la politique (délais de remboursement, visibilité, coordination des intervenants...)

Concernant la démarche d’appui au district par MDM

3.A travers l’analyse comparée, qualitative et quantitative, de sites ciblés dans les districts sanitaires de Keita et d’Abalak, mesurer les résultats de l’approche mise en œuvre par MDM en termes de qualité des soins (compagnonnage) pour en évaluer la pertinence.

4. Faire des recommandations opérationnelles sur les moyens et les stratégies d’intervention du projet.

Outils et méthodologie :

La démarche d’évaluation reposera sur des outils d’analyse

- bibliographiques (outils, rapports et publication de MDM et des autres acteurs),
- quantitative (statistique),
- qualitative (entretien, focus groupe...)

Choix des zones :

Les zones de travail sont Keita et, si possible, un district comparable en termes de caractéristiques physiques et sociologiques et d’intervention externe (prise en charge de la malnutrition). Médecins du Monde propose le district d’Abalak appuyé sur la prise en charge nutritionnelle par ACF (comme Keita).

Durée :

- A définir par le prestataire en fonction de la composition de l’équipe et des méthodes d’investigation proposées
- Un travail préparatoire de recueil de données pourra être demandé par le prestataire à MDM en vue de faciliter son travail

Rendu :

En termes de rendu, sont attendus :

- une restitution interne à MDM
- un rapport final
- des recommandations à destination du MSP/cellule gratuité et des PTF

Budget disponible : 15 000 euros

Dates :

Quatrième trimestre 2008.

Moyens mis à disposition par MDM :

Dans la mesure du possible, médecins du monde mettra a disposition des évaluateurs :

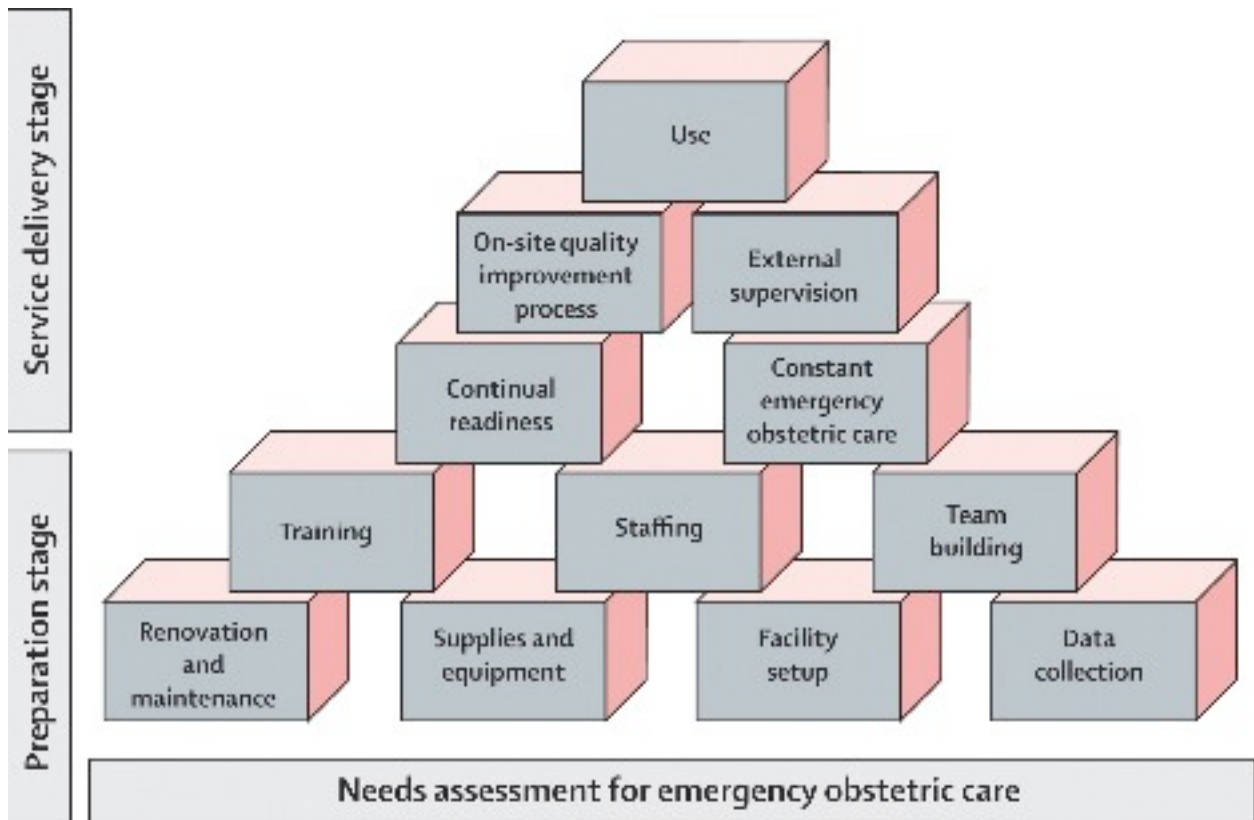
- 1 véhicule (4x4) du projet avec chauffeur/traducteur et carburant
- logement et facilités pour les évaluateurs sur Keita et Niamey

Mode de sélection du prestataire :

La sélection du prestataire se fera à travers une proposition détaillée de 5 à 10 pages comportant :

- cadre général,
- détail de la démarche et méthodologie proposées,
- cadre de résultat,
- planning,
- budget,
- CV et références des membres de l’équipe.

Annexe 6 : Les composantes des soins obstétricaux d’urgence (Source : [38])



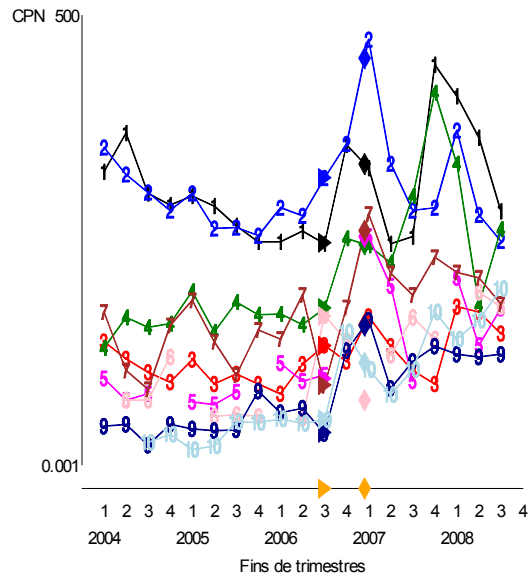
Annexe 8 : Consommation des sirops au niveau des pharmacies populaires

Désignation	Pharmacie populaire d’Abalak		Pharmacie populaire de Keita				
	2006	2008	2006	2007		2008	
				Guichet	MDM	Guichet	MDM
Amoxi 125mg FI/60	520	1239	1188	2185	1767	3822	0
Amoxi 225mg FI/60	500	611					0
Chloroquine sirop 125	376	250	620	900	621	1040	0
Cotrimaxazole 240			830	1190	980	1560	0
Métronidazole 125			340	640	134	714	0
Paracétamol suspension	491	274	940	1598	1273	2238	0

Source : ONPPC /Abalak et Keita

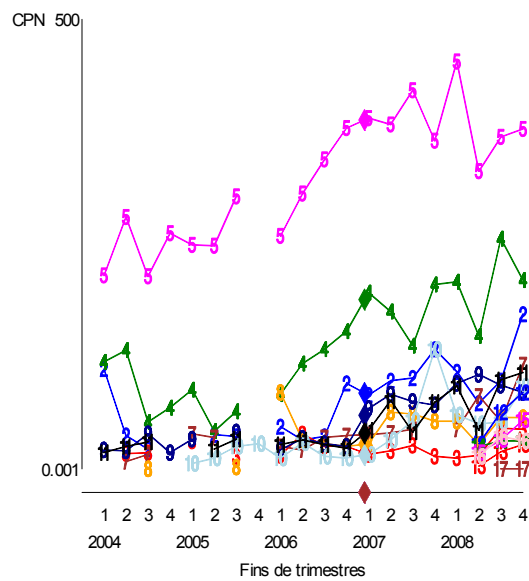
CPN-1 (toutes), Keïta

CPN



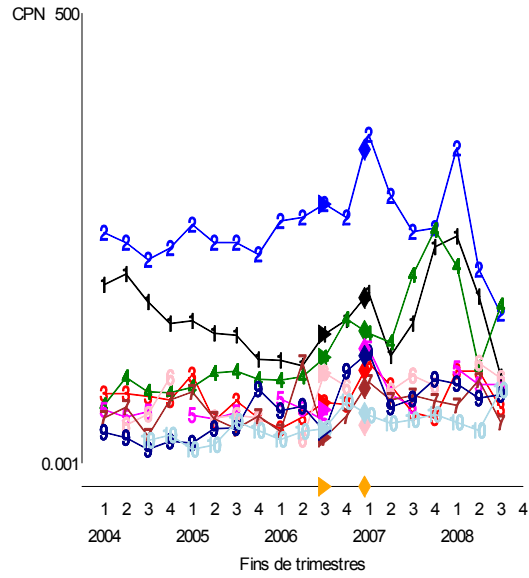
CPN-1 (toutes), Abalak

CPN



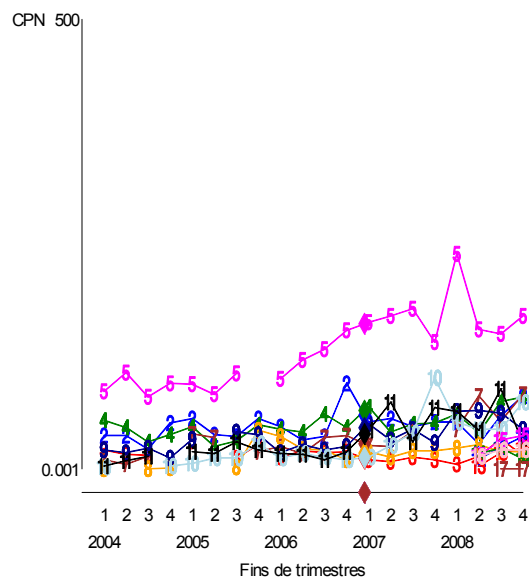
CPN-1 (venant de 0-5km), Keïta

CPN



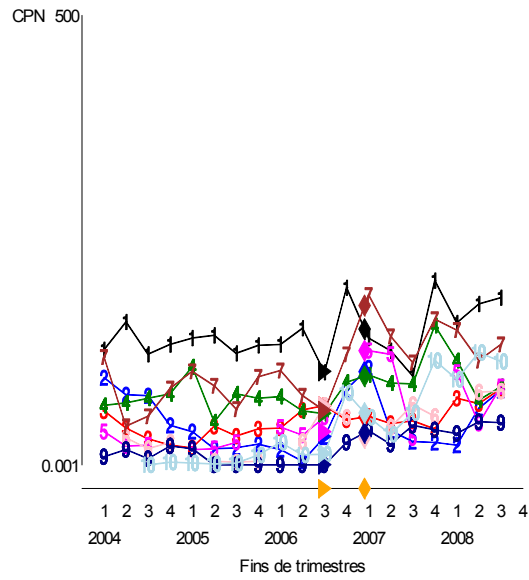
CPN-1 (venant de 0-5km), Abalak

CPN



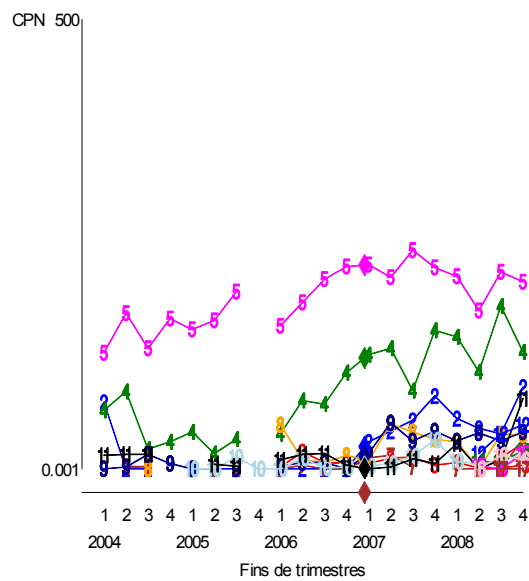
CPN-1 (venant de 6km et plus), Keïta

CPN



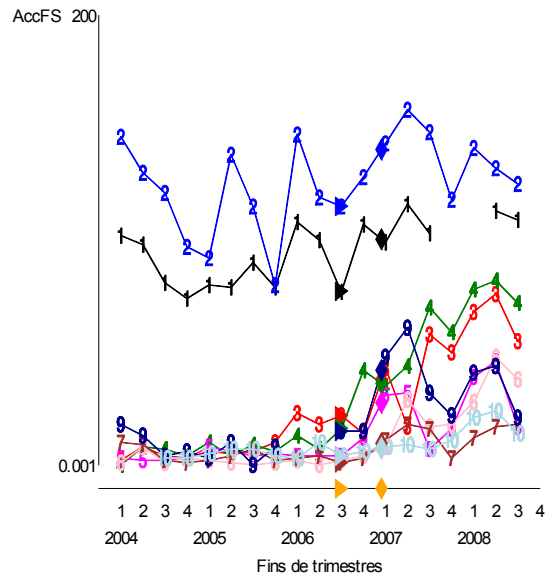
CPN-1 (venant de 6km et plus), Abalak

CPN



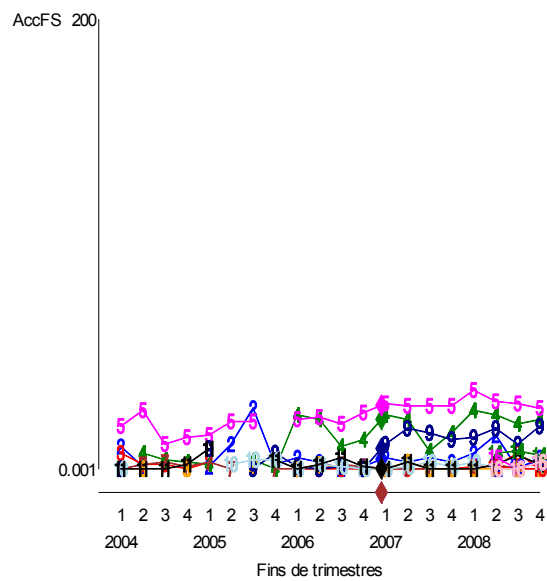
Accouchements à la maternité, Keita

AccFS



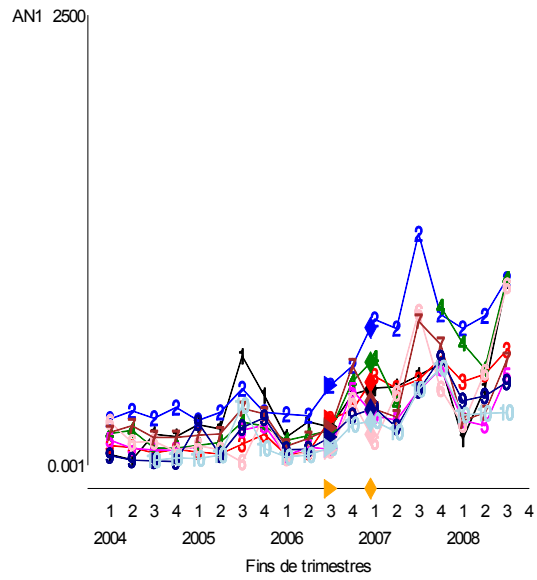
Accouchements à la maternité, Abalak

AccFS



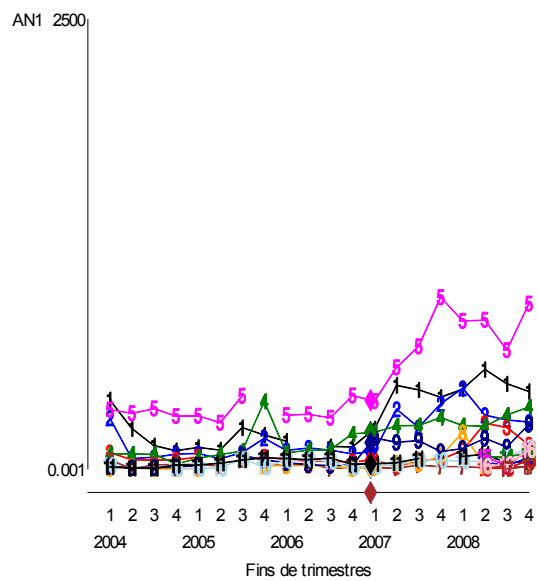
Consultation générale (moins d'un an), Keita

ANI



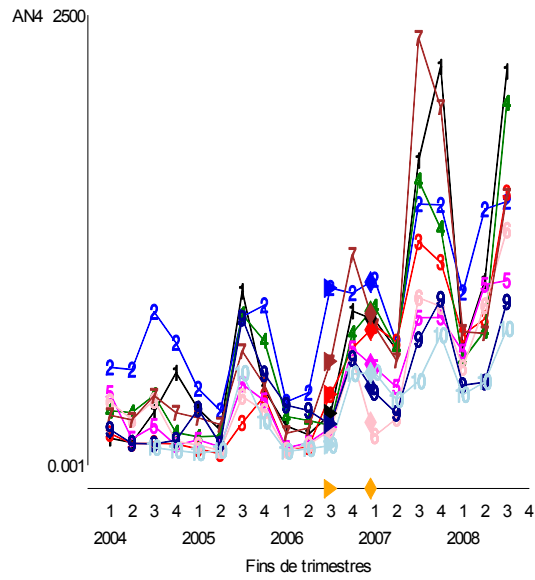
Consultation générale (moins d'un an), Abalak

ANI



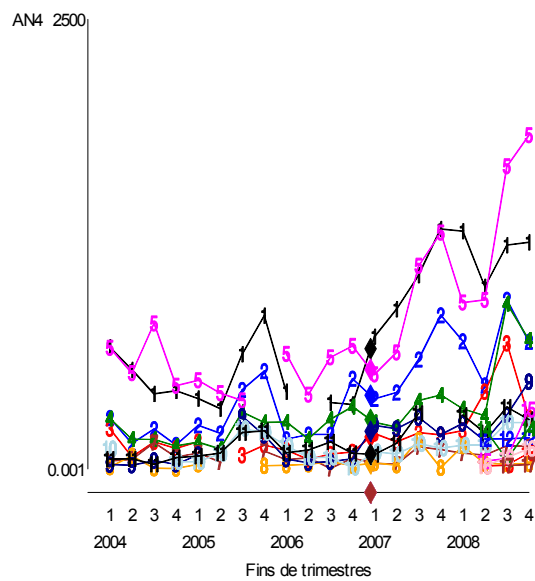
Consultation générale (1 à 4 ans), Keita

AN4



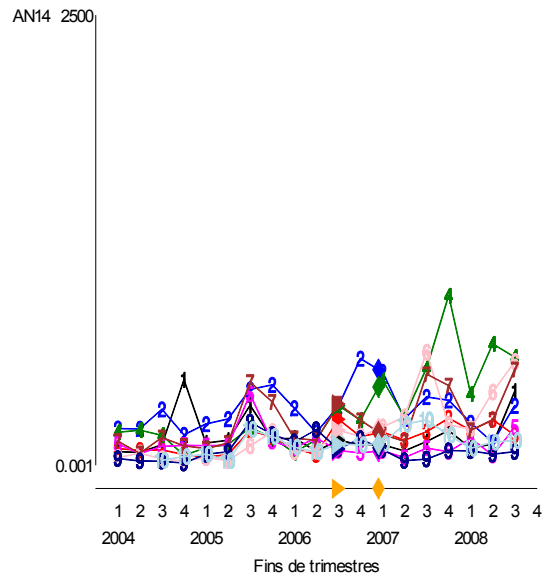
Consultation générale (1 à 4 ans), Abalak

AN4



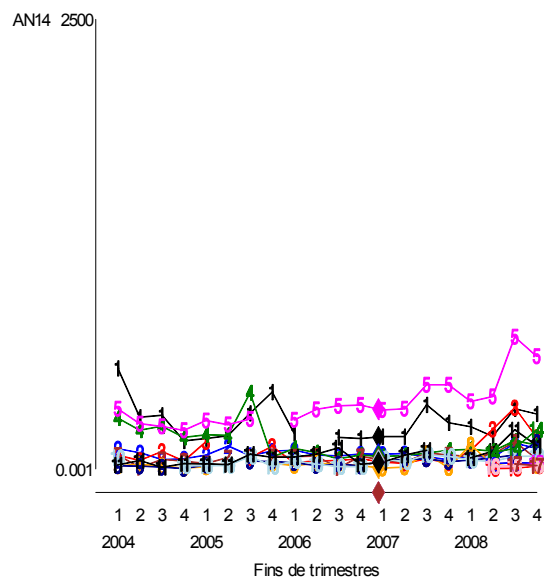
Consultation générale (5 à 14 ans), Keïta

AN14



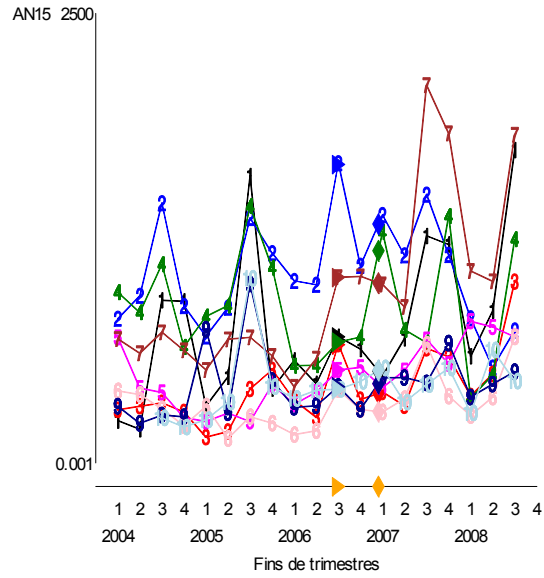
Consultation générale (5 à 14 ans), Abalak

AN14



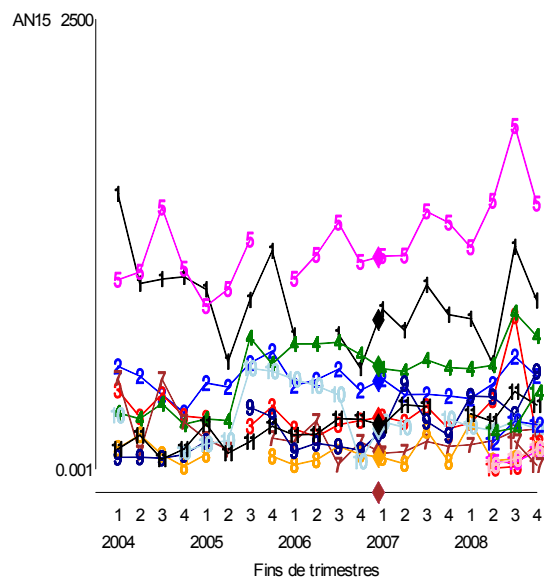
Consultation générale (15 ans et plus), Keïta

AN15

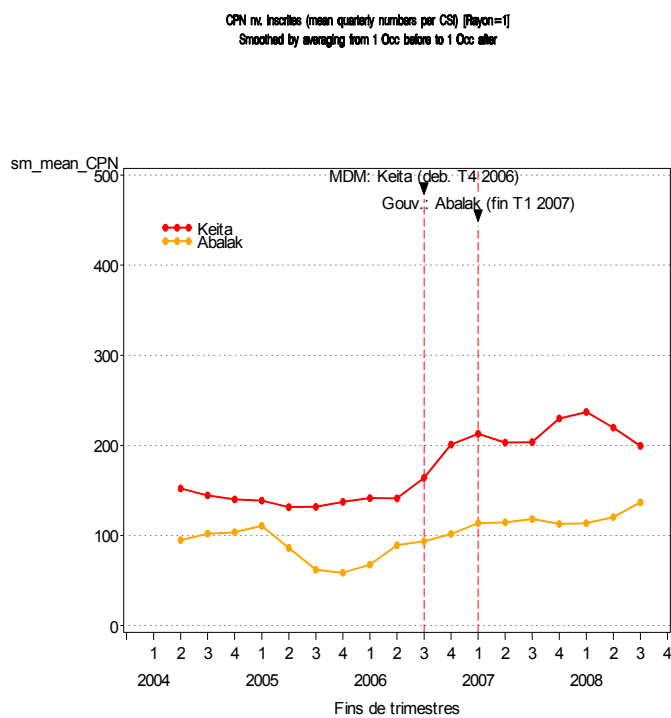


Consultation générale (15 ans et plus), Abalak

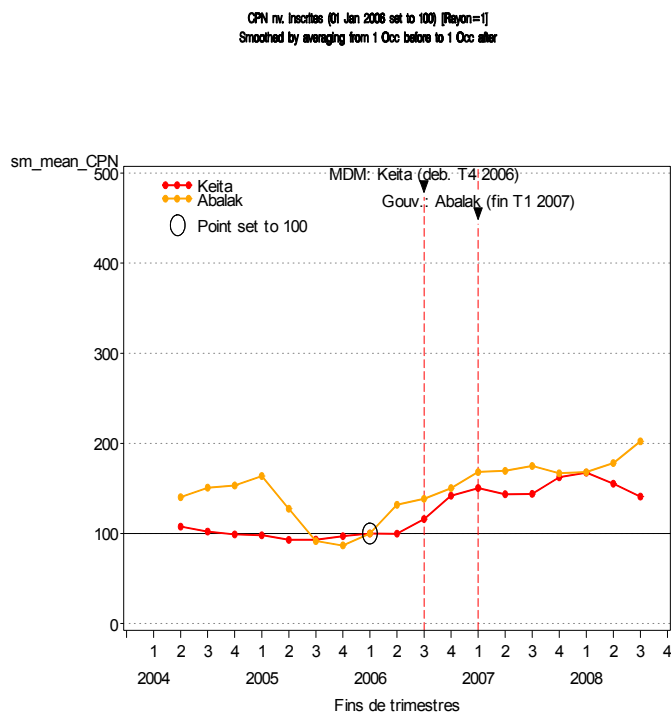
AN15



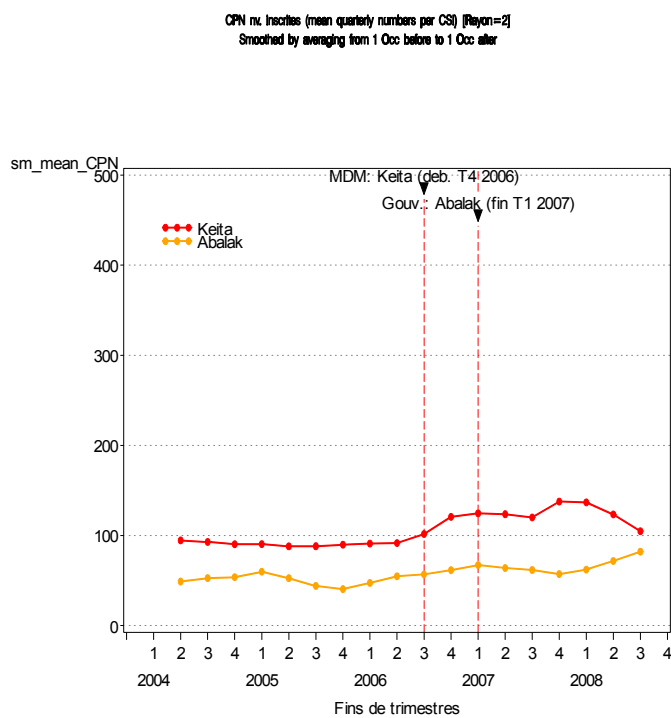
CPN-1 (toutes), moyennes des CSI, échelle naturelle



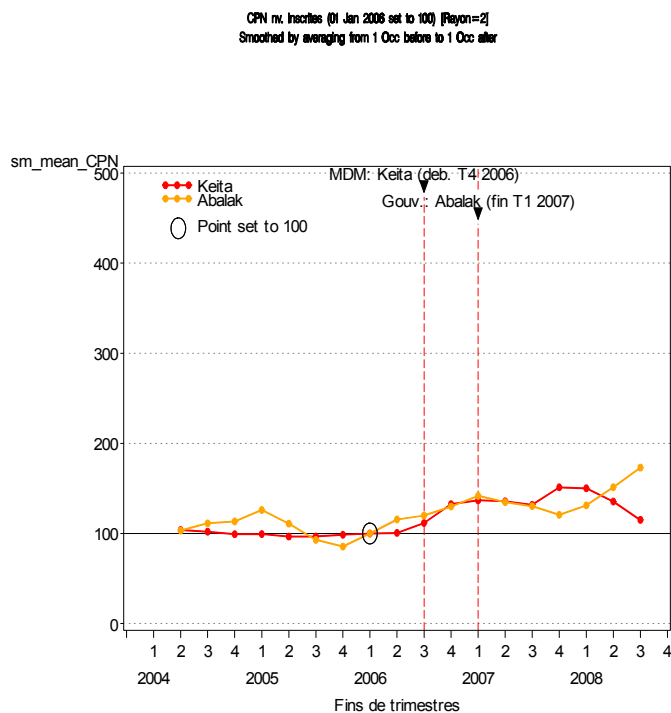
CPN-1 (toutes), moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



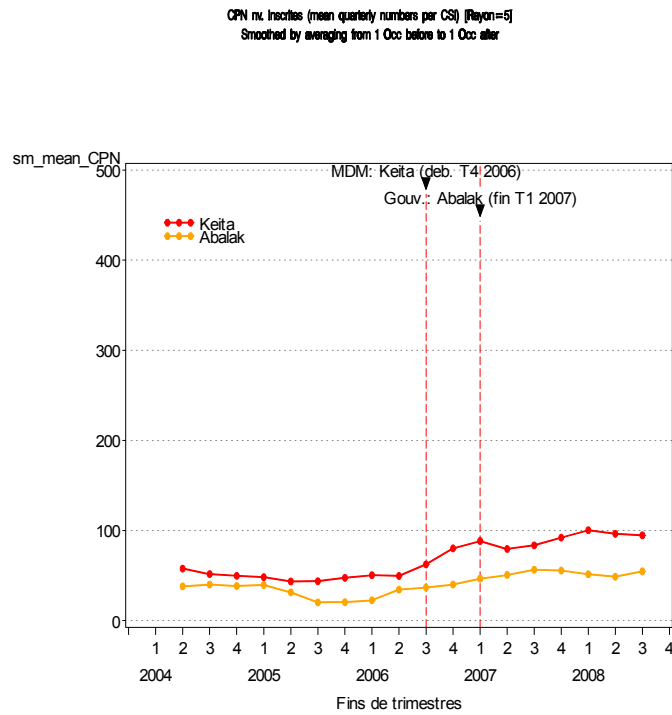
CPN-1 (venant de 0-5 km), moyennes des CSI, échelle naturelle



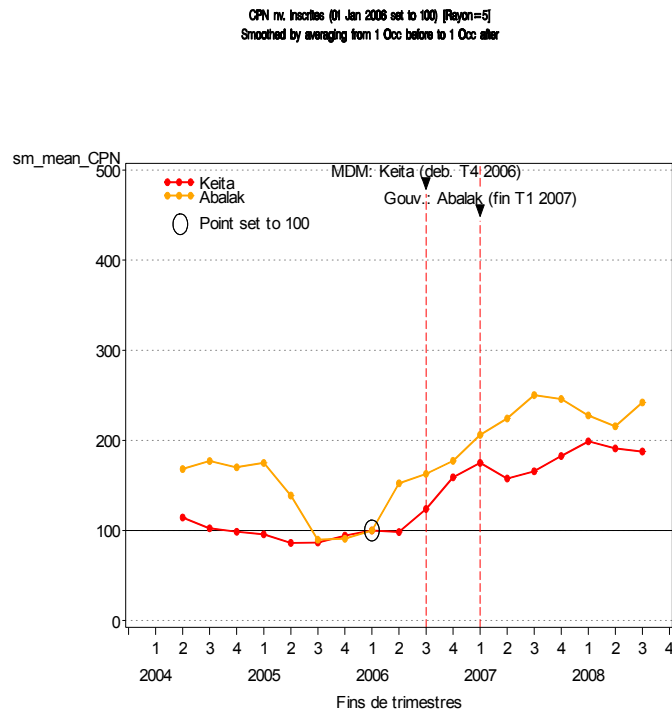
CPN-1 (venant de 0-5 km), moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



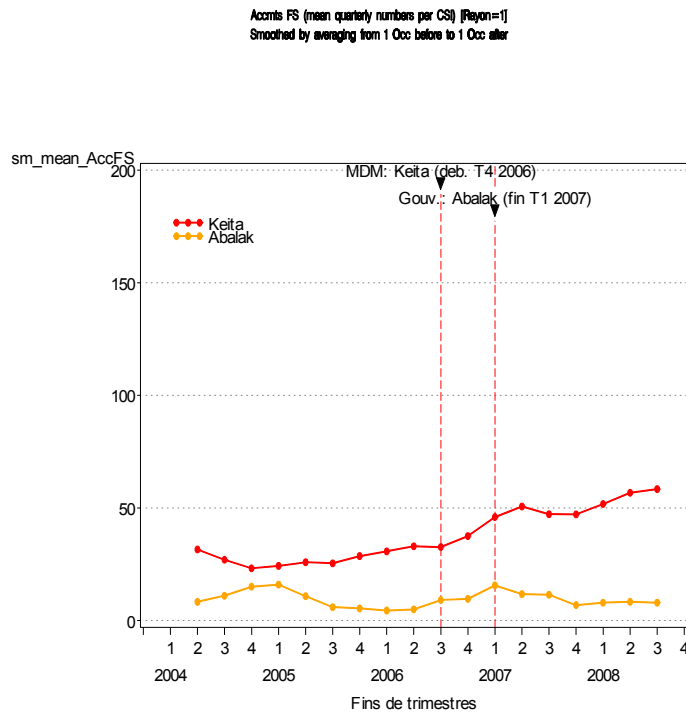
CPN-1 (venant de 6 km et plus), moyennes des CSI, échelle naturelle



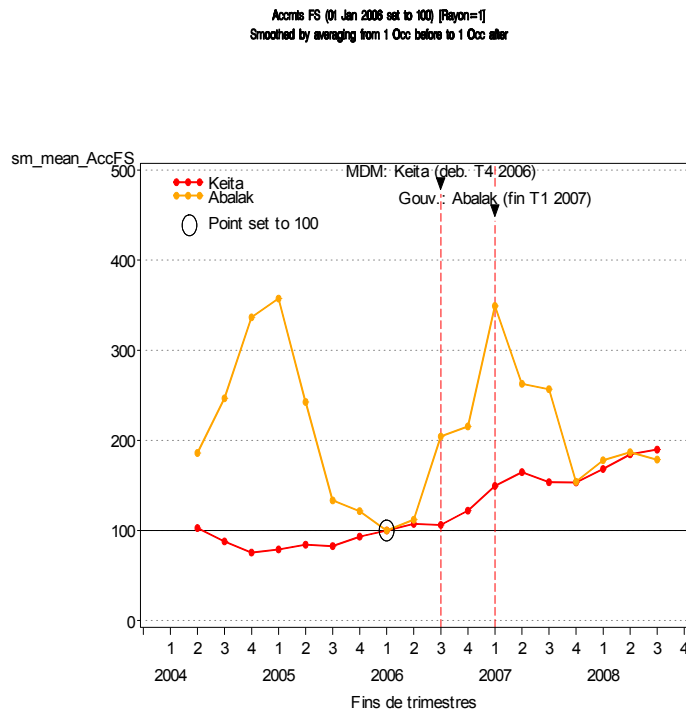
CPN-1 (venant de 6 km et plus), moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



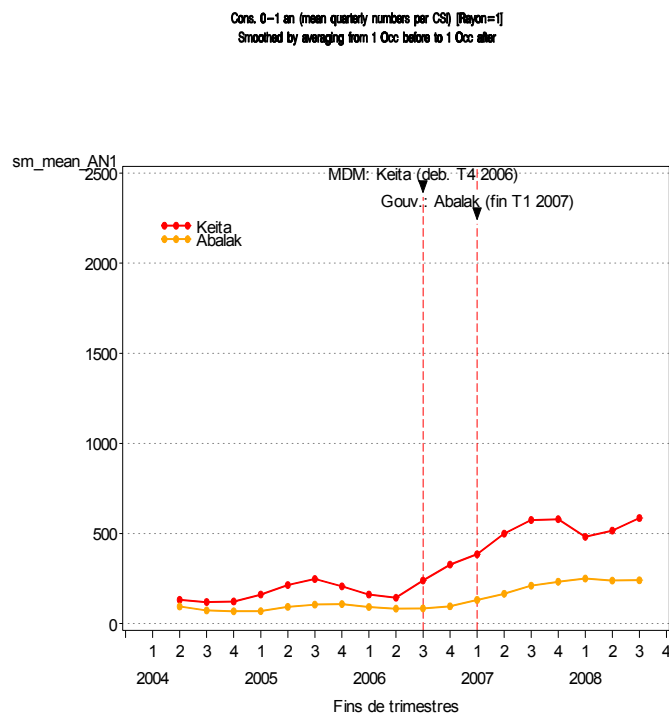
Accouchements à la maternité, moyennes des CSI, échelle naturelle



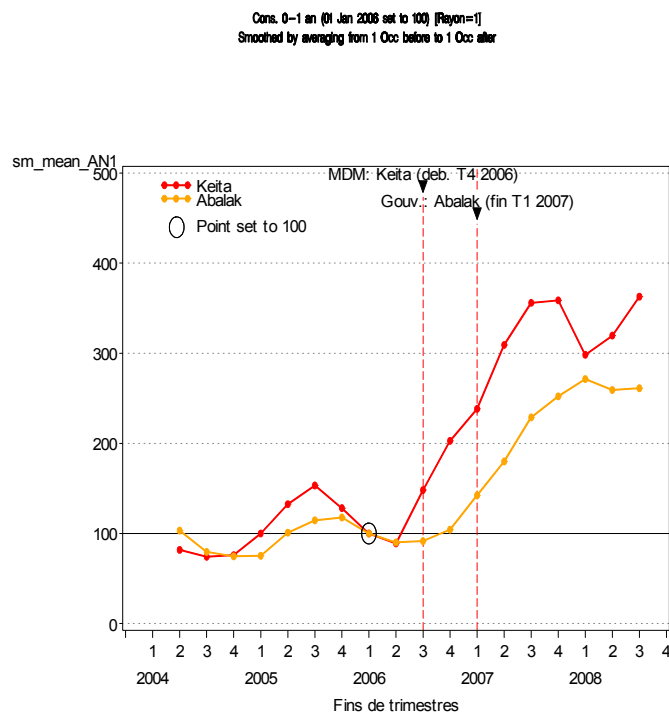
Accouchements à la maternité, moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



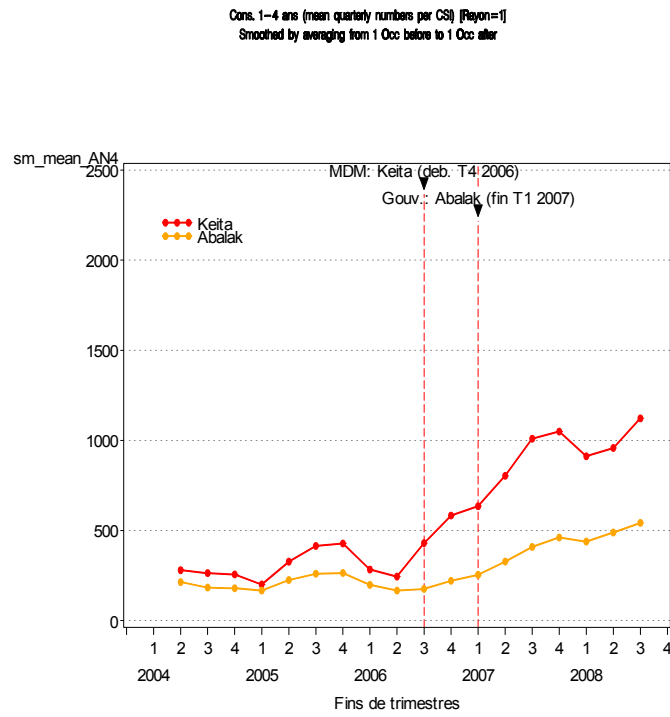
Consultation générale (moins d'un an), moyennes des CSI, échelle naturelle



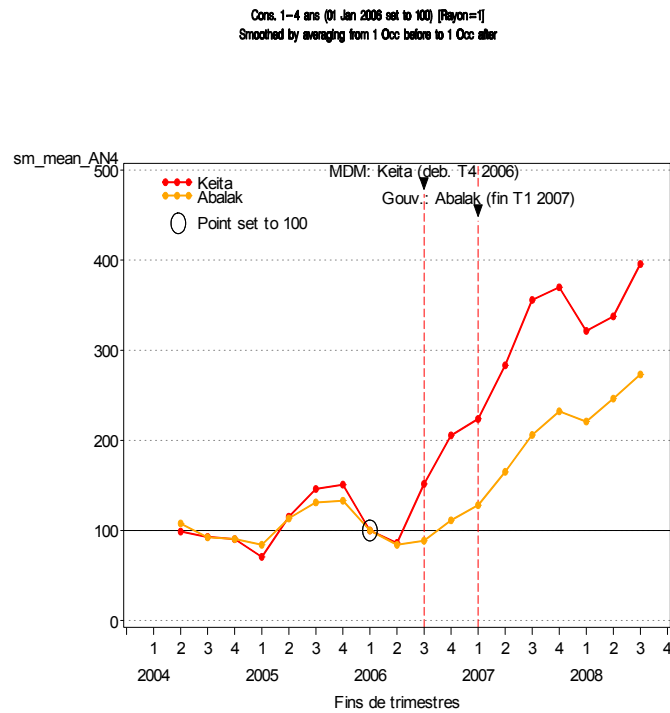
Consultation générale (moins d'un an), moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



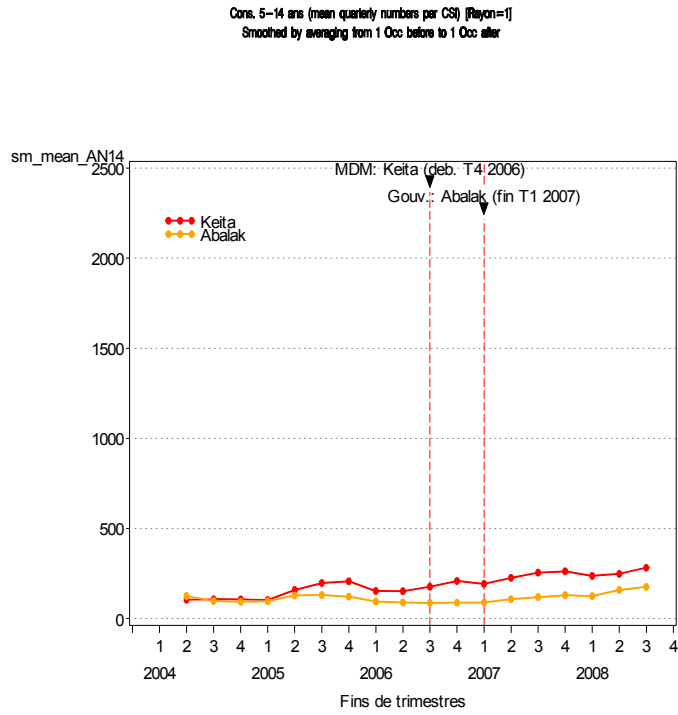
Consultation générale (1 à 4 ans), moyennes des CSI, échelle naturelle



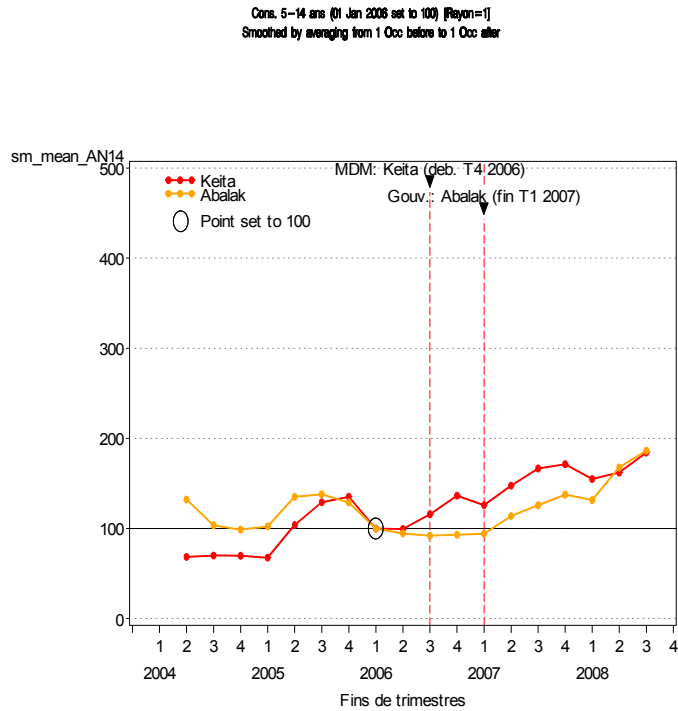
Consultation générale (1 à 4 ans), moyennes des CSI, rééchelonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



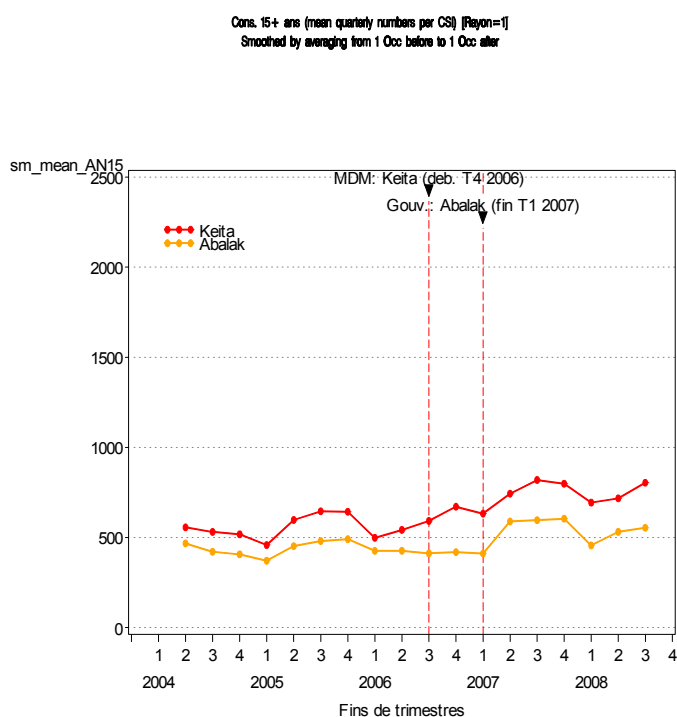
Consultation générale (5 à 14 ans), moyennes des CSI, échelle naturelle



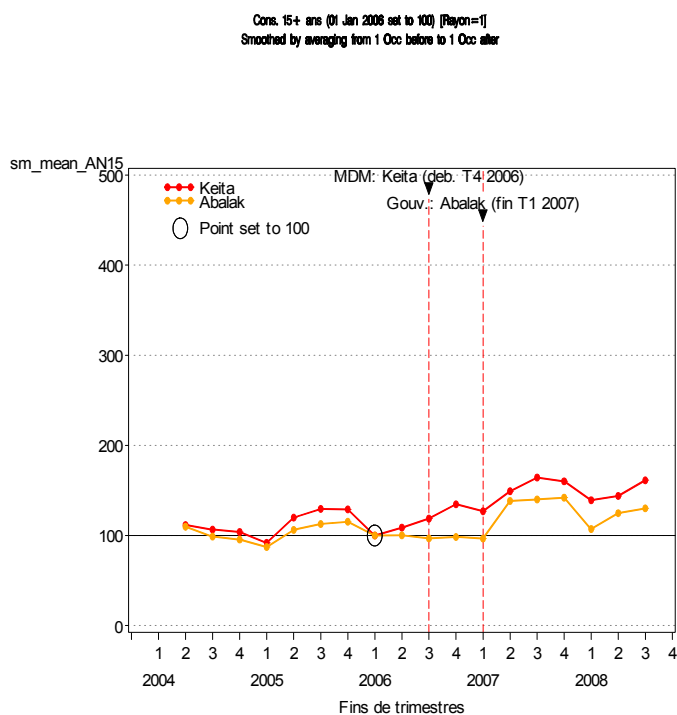
Consultation générale (5 à 14 ans), moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



Consultation générale (15 ans et plus), moyennes des CSI, échelle naturelle



Consultation générale (15 ans et plus), moyennes des CSI, rééchélonné (1^{er} janvier 2006 = 100)



Modèles de régression.xls - CPN-1 toutes

	Moyennes			+ Hétérogénéité permanente							± Saisons	+ Tendances linéaires			
	vide	+ indicateurs IV	+ mod.struct.cov	+ cPopTot5K	+ cPop1-3_5K	+ D55	+ TypeFS	+ depPers	+ D55*GratEtat	+ mod.struct.cov	+ Trim2-4	± Tendances	+ T_depPers	+ TypeFS2_Grat	+ mod.struct.cov
Vraisemblance -2 log(L)	4 130	4 069	3 460	3 987	3 901	3 857	3 838	3 828	3 818	3 377	3 792	3 804	3 794	3 781	3 318
BIC	4 136	4 075	3 538	3 993	3 907	3 863	3 844	3 834	3 824	3 458	3 798	3 810	3 800	3 787	3 395
N utilisé (trimestres-FS)	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
Effets fixes															
constante	140.1	117.6	109.9	116.9	116.5	167.8	144.6	144.3	142.5	86.0	151.8	149.4	149.7	152.4	20.3
GratMDM		92.4	36.6	14.9	- 4.0	34.4	37.6	40.6	61.2	57.1	45.5	73.1	72.4	85.1	67.2
GratEtat		6.8	34.1	40.8	48.4	25.7	27.0	27.6	32.0	48.6	30.2	21.7	21.7	21.6	23.5
cPopTot5K				18.7											
cPop1_5K					99.9	104.2	68.8	73.1	73.0	- 49.1	72.4	73.2	73.7	77.7	- 72.2
cPop2_5K					- 53.1	- 19.8	- 0.9	- 6.3	- 5.8	105.5	- 4.8	- 5.8	- 5.9	- 5.4	58.6
cPop3_5K					13.4	15.5	10.9	11.6	11.6	- 4.8	11.5	11.6	11.7	12.2	- 8.2
D55 (vs D51)						- 104.0	- 77.2	- 76.6	- 75.0	- 41.9	- 76.1	- 76.3	- 77.0	- 85.6	37.1
TypeFS2 (vs TypeFS1)							60.8	59.7	59.5	264.7	59.2	59.0	58.7	67.1	282.3
depPers (D55, FS1&2!)								- 42.9	- 39.4	- 4.3	- 35.6	- 37.6	7.3	15.8	42.3
D55*GratEtat									- 28.4	- 47.3	- 10.5	- 10.6	- 13.0	- 11.5	- 26.3
Trim2 (vs Trim1)											- 16.7				
Trim3 (vs Trim1)											- 18.9				
Trim4 (vs Trim1)											7.3				
T (trim. depuis 1/1/2004)															
T_GratMDM												- 1.1	- 1.1	- 1.1	1.7
T_GratEtat												- 5.3	- 4.7	- 5.5	- 6.9
T_depPers												5.7	5.7	5.6	3.5
TypeFS2*GratMDM													- 34.8	- 30.4	- 8.4
													- 55.1	- 62.4	
Effets aléatoires															
FS(D)			8 435							4 834					4 020
GratMDM*FS(D)			- 1 185							1 348					- 462
GratMDM			1 554							959					1 279
GratEtat*FS(D)			54							1 383					665
GratEtat*GratMDM			- 1 364							- 51					- 821
GratEtat			468							154					0
Variance résiduelle σ^2	12 088	10 583	-	8 393	6 790	6 087	5 911	5 901	5 903	-	5 843	5 922	5 925	5 866	-
AR(1)															
ARH(1)			0.46							0.31					
CSH															0.72

Niveaux de signification statistique (valeur p)
 .05 — .15
 .01 — .05
 ≤ .001

GratMDM/Etat : gratuité MDM/Etat nigeréen ayant été mise en oeuvre

cPopTot5K, cPop1_5K etc : population totale, à 0-5km, à 6km et plus en unités de 5000, centrées sur leur moyennes globales

D55 : différence district de Keita versus Abalak

TypeFS2 : différence des formations sanitaires type 2 (CSI complets) versus type 1

depPers : Départ d'important personnel de santé d'une FS (connu seulement pour Keita, CSI type 2)

D55*GratEtat : interaction D55 avec GratEtat

Trim2-4 : différences des trimestres 2 à 4 versus trimestre 1

T_GratMDM/Etat : trimestres depuis débuts de ces gratuités

TypeFS2*GratMDM : interaction TypeFS2 avec GratMDM

FS(D) : constantes aléatoires des formations sanitaires

GratMDM*FS(D) etc. : covariance effet aléatoire GratMDM avec FS(D)

σ^2 : variance résiduelle non expliquée

AR(1) : structure de covariance autorégressive du 1er ordre

ARH(1) : AR(1) mais permettant variances hétérogènes par trimestre

CSH : structure supposant compound symmetry et permettant hétérogénéité

	Moyennes			+ Hétérogénéité permanente							± Saisons		+ Tendances linéaires			
	vide	+ indicateurs IV	+ mod.struct.cov	+ cPopTot5K	± cPop1-3_5K	+ D55	+ TypeFS	+ depPers	+ D55*GratEtat	+ mod.struct.cov	+ Trim2-4	± Tendances	+ T_depPers	+ TypeFS2_Grat	+ mod.struct.cov	
Vraisemblance -2 log(L)	3 402	3 342	2 871	3 255	3 064	2 990	2 906	2 900	2 888	2 570	2 875	2 881	2 874	2 865	2 748	
BIC	3 408	3 348	2 892	3 261	3 070	2 996	2 912	2 905	2 894	2 648	2 881	2 887	2 880	2 871	2 769	
N utilisé (trimestres-FS)	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338	
Effets fixes																
constante	23.2	18.4	18.8	18.5	19.3	38.6	22.4	22.4	23.5	6.1	24.0	25.7	25.8	25.0	12.8	
GratMDM		37.4	14.5	10.5	2.2	17.0	20.3	20.2	7.7	7.5	9.2	7.7	7.6	4.5	6.9	
GratEtat		- 7.0	2.9	4.6	7.3	- 1.1	- 0.6	- 0.6	- 3.2	- 7.7	- 3.2	1.9	1.9	1.9	- 0.4	
cPopTot5K				6.5												
cPop1_5K					47.0	49.3	24.2	24.0	24.1	2.5	24.2	24.5	24.6	23.6	14.7	
cPop2_5K					- 30.3	- 18.2	- 4.8	- 4.6	- 4.9	- 3.6	- 5.1	- 5.4	- 5.4	- 5.4	- 7.4	
cPop3_5K					4.2	5.1	1.8	1.7	1.7	0.6	1.8	1.8	1.8	1.7	1.9	
D55 (vs D51)						- 39.8	- 21.5	- 21.5	- 22.4	- 2.0	- 22.4	- 22.8	- 22.9	- 20.8	- 9.8	
TypeFS2 (vs TypeFS1)							44.6	44.6	45.0	74.7	44.8	44.8	44.8	43.1	83.5	
depPers								1.4	- 0.9	- 0.9	- 1.2	- 4.4	4.7	2.4	4.6	
D55*GratEtat									17.3	23.9	15.7	6.6	6.1	5.8	9.0	
Trim2 (vs Trim1)											1.5					
Trim3 (vs Trim1)											- 1.9					
Trim4 (vs Trim1)											- 2.0					
T (trim. depuis 1/1/2004)																
T_GratMDM												- 0.4	- 0.4	- 0.4	- 0.3	
T_GratEtat												2.2	2.3	2.6	2.3	
T_depPers												- 0.4	- 0.4	- 0.4	- 0.1	
TypeFS2*GratMDM													- 7.0	- 8.1	- 10.0	
														12.7	3.3	
Effets aléatoires																
FS(D)			1 111							33					56	
GratMDM*FS(D)			155							115					- 57	
GratMDM			0							339					0	
GratEtat*FS(D)			- 284							- 88					163	
GratEtat*GratMDM			6							- 338					74	
GratEtat			267							645					224	
Variance résiduelle σ^2	1 393	1 208	233	937	546	444	350	351	347	-	348	347	347	344	230	
AR(1)			0.21												0.21	
CSH										0.34						

Niveaux de signification statistique (valeur p)

.05 — .15
.01 — .05
≤ .001

GratMDM/Etat : gratuité MDM/État nigérien ayant été mise en oeuvre
 cPopTot5K, cPop1_5K etc : population totale, à 0-5km, à 6km et plus en unités de 5000, centrées sur leur moyennes globales
 D55 : différence district de Keïta versus Abalak
 TypeFS2 : différence des formations sanitaires type 2 (CSI complets) versus type 1
 depPers : Départ d'important personnel de santé d'une FS (connu seulement pour Keïta, CSI type 2)

D55*GratEtat : interaction D55 avec GratEtat
 Trim2-4 : différences des trimestres 2 à 4 versus trimestre 1
 T_GratMDM/Etat : trimestres depuis débuts de ces gratuités
 TypeFS2*GratMDM : interaction TypeFS2 avec GratMDM
 FS(D) : constantes aléatoires des formations sanitaires

GratMDM*FS(D) etc. : covariance effet aléatoire GratMDM avec FS(D)
 σ^2 : variance résiduelle non expliquée
 AR(1) : structure de covariance autorégressive du 1er ordre
 ARH(1) : AR(1) mais permettant variances hétérogènes par trimestre
 CSH : structure supposant *compound symmetry* et permettant hétérogénéité

	Moyennes			+ Hétérogénéité permanente							± Saisons			+ Tendances linéaires	
	vide	+ indicateurs IV	+ mod.struct.cov	+ cPopTot5K	± cPop1-3_5K	+ D55	+ TypeFS	+ depPers	+ D55*GratEtat	+ mod.struct.cov	+ Trim2-4	+ mod.struct.cov	± Tendances	+ mod.struct.cov	
Vraisemblance	-2 log(L)	5 645	5 437	5 191	5 381	5 334	5 305	5 292	5 279	5 267	5 132	5 228	5 018	5 192	4 971
	BIC	5 651	5 443	5 212	5 387	5 340	5 311	5 298	5 285	5 273	5 156	5 234	5 042	5 198	4 995
N utilisé (trimestres-FS)		359	359	359	359	359	359	359	359	359	359	359	359	359	359
Effets fixes	constante	645.9	371.8	387.5	385.0	388.8	570.3	519.2	518.4	516.2	472.6	423.6	369.0	483.3	354.3
	GratMDM		794.9	630.3	498.5	464.0	599.3	606.0	620.9	651.3	652.0	574.5	601.1	481.6	494.5
	GratEtat		289.8	423.6	403.8	411.4	338.0	341.1	343.6	349.6	324.7	357.6	358.7	216.8	195.3
	cPopTot5K				70.7										
	cPop1_5K					357.8	377.2	300.4	320.7	320.4	105.2	373.0	125.2	372.7	106.9
	cPop2_5K					- 220.6	- 97.1	- 56.3	- 82.2	- 81.4	100.6	- 85.2	104.2	- 89.5	74.7
	cPop3_5K					67.5	75.8	65.8	69.2	69.1	76.1	75.4	74.1	75.2	78.8
	D55 (vs D51)						- 383.1	- 324.3	- 321.8	- 319.9	- 185.0	- 377.6	- 264.7	- 381.7	- 129.3
	TypeFS2 (vs TypeFS1)							132.6	127.9	127.6					
	depPers (D55, FS1&2!)									- 212.4	- 207.1				
	D55*GratEtat														
	Trim2 (vs Trim1)											- 12.4	- 16.8	- 31.3	- 35.7
	Trim3 (vs Trim1)											334.8	324.8	295.1	282.6
	Trim4 (vs Trim1)											250.5	262.6	225.8	227.7
T (trim. depuis 1/1/2004)	T_GratMDM													- 6.2	- 5.1
	T_GratEtat													30.5	41.7
	T_depPers													49.6	47.4
	TypeFS2*GratMDM														
Effets aléatoires	FS(D)			61 672							35 714		36 248		39 733
	GratMDM*FS(D)			- 25 061							- 61 263		- 69 229		- 55 797
	GratMDM			0							5 545		58 540		18 200
	GratEtat*FS(D)			88 251							65 676		58 373		61 594
	GratEtat*GratMDM			15 523							- 4 084		- 33 700		- 12 792
	GratEtat			53 319							40 480		42 113		51 672
Variance résiduelle	σ^2	406 289	241 463	113 952	210 726	196 084	187 043	186 674	186 556	187 059	112 270	164 594	86 964	159 339	78 883
	AR(1)			0.16							0.13		0.17		0.13

Niveaux de signification statistique (valeur p)
.05 — .15
.01 — .05
≤ .001

GratMDM/Etat : gratuité MDM/Etat nigeréen ayant été mise en oeuvre

cPopTot5K, cPop1_5K etc : population totale, à 0-5km, à 6km et plus en unités de 5000, centrées sur leur moyennes globales

D55 : différence district de Keïta versus Abalak

TypeFS2 : différence des formations sanitaires type 2 (CSI complets) versus type 1

depPers : Départ d'important personnel de santé d'une FS (connu seulement pour Keïta, CSI type 2)

D55*GratEtat : interaction D55 avec GratEtat

Trim2-4 : différences des trimestres 2 à 4 versus trimestre 1

T_GratMDM/Etat : trimestres depuis débuts de ces gratuités

TypeFS2*GratMDM : interaction TypeFS2 avec GratMDM

FS(D) : constantes aléatoires des formations sanitaires

GratMDM*FS(D) etc. : covariance effet aléatoire GratMDM avec FS(D)

σ^2 : variance résiduelle non expliquée

AR(1) : structure de covariance autorégressive du 1er ordre

ARH(1) : AR(1) mais permettant variances hétérogènes par trimestre

CSH : structure supposant *compound symmetry* et permettant hétérogénéité

Numéro	Type*	Localité	Population 2008	proportion population à			
				0-5 km	6-15 km	16 km +	
(55) District de Keita							
1	2	CSI-2	KEITA	38241	.43	.34	.23
2	2	CSI-2	TAMASKE	52430	.40	.27	.33
3	1		INSAFARI	26737	.33	.39	.28
4	1		IBOHAMANE	30929	.53	.47	-
5	1		GADAMATA	27895	.37	.33	.29
6	1		FARARATT	18721	.58	.42	-
7	1		GARHANGA	56821	.11	.17	.71
8	4	hôpital	KEITA (voir plus haut)				
9	1		LABA	15830	.60	.37	.03
10	1		LOUDOU	15536	.35	.14	.51
(51) District d'Abalak							
1	2	CSI-2	ABALAK	12911	.50	.21	.29
2	1		CHADAWANKA	6294	.40	.21	.39
3	1		IBECETANE	4199	.35	.21	.44
4	1		TAGALALT	15297	.40	.21	.39
5	1		TABALAK	6667	.50	.21	.29
6	4	hôpital	ABALAK (voir plus haut)				
7	1		ABOUHAYA	7747	.21	.35	.44
8	1		N'WAGAR	6374	.35	.21	.44
9	1		MAYATA	4564	.40	.21	.39
10	1		TAMAYA	7772	.40	.21	.39
11	1		TARITARKAN	5985	.21	.35	.44
12	1		KIJGARI	4624	.40	.21	.39
13	1		INKOKAN	6805	.50	.21	.29
14	1		AKOUBOUNOU	2393	.40	.21	.39
15	1		TOUROUFT	2642	.40	.21	.39
16	1		SALAMALEKOU	7192	.40	.21	.39
17	6	FNIS	ABALAK (voir plus haut)				

*) Type de formation sanitaire autre que CSI type 1 ; CSI : centre de santé intégré ;
CSI type 1 et 2 : sans et avec maternité ; FNIS : forces nationales d'intervention et de sécurité