

UNICEF LRFP-9136203

**EVALUATION DE L'INTERVENTION
DU PROGRAMME DE COOPERATION
NIGER-UNICEF 2014-2018
DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE DE LA
GRATUITE DES SOINS AU NIGER**

Rapport final

Juillet 2019

Contacts

Swiss Tropical and Public Health Institute

Socinstrasse 57
P.O. Box
4002 Basel
Switzerland
<http://www.swisstph.ch>

Dr. Odile Pham-Tan

Head of Unit
Swiss Centre for International Health
Systems Performance and Monitoring Unit
T: +41 61 284 83 24
E-mail: odile.phamtan@swisstph.ch

United Nations Children's Fund

UNICEF Niger
2 rue des Oasis
BP 12481
Niamey, Niger
www.unicef.org

Eleonora Genovese

Health Specialist (Health System Strengthening)
UNICEF Niger
T: +227 92 05 26 88
E-mail: egenovese@unicef.org

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACAME	Association Africaine des Centrales d'Achats de Médicaments Essentiels
ACF	Action Contre la faim
ACTED	Agence d'Aide à la Coopération Technique et au Développement
AEC	Alternative Espaces Citoyens
AFD	Agence Française de Développement
ALIMA	Alliance for International Medical Action (Alliance pour l'Action Médicale Internationale)
AMN	Association des Municipalités du Niger
APBE	Action Pour le Bien Etre
BEFEN	Bien Etre de la Femme et de l'Enfant au Niger
BL	Bon de livraison
BM	Banque Mondiale
CAD	Comité d'Aide au Développement
CGS	Cellule Gratuité des Soins
CHR	Centre Hospitalier Régional
COGES	Comité de Gestion Santé
CPN	Consultation prénatale
CPNR	Consultation Prénatale Recentrée
CPoN	Consultation Post-Natale
CR	Croix Rouge
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CRS	Catholic Relief Services
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé Mère Enfant
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DN	Direction de la Nutrition
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DPHMT	Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle
DRFM	Direction des ressources Financières et Matérielles
DRSP	Direction Régionale de Santé Publique
DS	District sanitaire
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant
ECD	Equipe Cadre de District
FAF	Fer acide folique
FAO	Food and Agriculture Organization
FEFO	First Expired First Out (premier expiré premier dehors)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FS	Formation Sanitaire
FSSN	Fonds Social Santé du Niger
GAS	Gestion des Approvisionnements des Stocks
GEU	Grossesse extra-utérine
HD	Hôpital de District
HKI	Helen Keller International
HSF	Humanitaires Sans Frontière

I3S	Initiative Solidarité Santé Sahel
IEDA	International Emergency Development Agency (Agence de Développement d'Urgence International)
INS	Institut National de la Statistique
JSI	John Snow, Inc.
LASDEL	Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local
LCE	Lutte Contre les Epidémies
LQAS	Lot Quality Assurance Survey
LSTM	Liverpool School of Tropical Medicine
LTA	Long Term Agreement / Contrat à long terme
MDM	Médecins du Monde
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MSF	Médecins Sans Frontière
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PBT	Plan Biannuel de Travail
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en charge
PRN	Présidence de la République du Niger
PSI	Population Service International
PTF	Partenaire technique et Financier
RO	Release Order
ROASSN	Regroupement des ONGs et Associations du Secteur de la Santé
SIGL	Système d'Information et de Gestion logistique
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Sels de Réhydratation Oral
SUSAS	Syndicat Unique de la Santé et de l'Action Sociale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement préventif intermittent
UE	Union Européenne
UGS	Unité de Gestion Spécifique (produits des programmes VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme)
WB	Waybill

Contents

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
RESUME ANALYTIQUE	8
1. INTRODUCTION	14
2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	17
3. METHODOLOGIE	17
3.1 CRITERES D'EVALUATION	17
3.2 INDICATEURS DE L'EVALUATION	19
3.3 PRODUITS TRACEURS	21
3.4 METHODES DE L'EVALUATION	22
3.5 OUTILS	23
3.6 ECHANTILLONNAGE	24
4. RESULTATS	25
4.1 LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT DE L'UNICEF	25
4.1.1 PREVISION DES INTRANTS MEDICAUX	25
4.1.2 RECEPTION ET STOCKAGE DES PRODUITS MEDICAUX	26
4.1.3 DISTRIBUTION DES INTRANTS MEDICAUX	31
4.1.4 TRAÇABILITE DES PRODUITS MEDICAUX	39
4.1.5 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES	41
4.2 L'UTILISATION DES SERVICES ET LA MORBIDITÉ	44
4.2.1 L'UTILISATION DES SERVICES	44
4.2.2 LA MORBIDITE	44
4.3 CONTRIBUTION DE L'UNICEF DANS LA GRATUITÉ DES SOINS	48
4.3.1 VALORISATION DE L'APPUI EN INTRANTS DE L'UNICEF	48
4.4 INTERVENTIONS DES AUTRES PTF DANS L'APPUI À LA GRATUITÉ DES SOINS	53
4.4.1 L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT	53
4.4.2 LA BANQUE MONDIALE	54
4.4.3 ENABEL (AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT)	55
4.4.4 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE	55
4.4.5 L'UNION EUROPEENNE	56
5. ANALYSE DES RESULTATS	58
5.1 PERTINENCE	58
5.2 EFFICACITE	59
5.3 EFFICIENCE	60
5.4 EQUITE	62
5.5 TRAÇABILITE	62
5.6 COUT EFFICACITE	63
5.7 EXTERNALITE	63
6 LIMITES, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	65
6.1 LIMITES	65
6.2 CONCLUSIONS	65
6.3 RECOMMANDATIONS	68
7. ANNEXES	71

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE	71
ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	78
ANNEXE 3. LISTE DES PARTIES PRENANTES	85
ANNEXE 4 : LISTE DES DOCUMENTS REPERTORIES	88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Tarification appliquée dans la mise en œuvre de la gratuité des soins.....	15
Tableau 2. Liste des produits traceurs.....	22
Tableau 3. Liste des Formations sanitaires échantillonnées.....	24
Tableau 4. Disponibilité des outils de prévision des besoins en produits médicaux.....	25
Tableau 5. Réception des produits de santé par l'UNICEF.....	27
Tableau 6. Conditions de stockage Entrepôts UNICEF.....	27
Tableau 7. Conditions de stockage Magasins des DS et CSME.....	29
Tableau 8. Produits gratuité de soins d'UNICEF périmés.....	31
Tableau 9. Coûts estimatifs de distribution des intrants médicaux de la Gratuité.....	37
Tableau 10. Coût annuel de distribution des entrepôts de l'ONPPC vers les DS.....	38
Tableau 11. Comparaison des coûts de distribution entre UNICEF et l'ONPPC.....	39
Tableau 12. Conformité en produits expédiés et produits réceptionnés.....	40
Tableau 13. Cohérences entre expédition et réception du DS vers le CSI.....	41
Tableau 14. Présentation des ruptures de stock dans les Districts Sanitaires.....	42
Tableau 15. Présentation des ruptures de stock dans les CSI.....	43
Tableau 16. Présentation des ruptures de stock dans les CS.....	43
Tableau 17. Nombre de cas de paludisme simple, pneumonie simple et diarrhée grave (déshydratation), enfants de moins de 5 ans (2014-2016), par région.....	45
Tableau 18. Récapitulatif des indicateurs de suivi de la mère.....	47
Tableau 19. Indicateurs du Suivi de l'Enfant dans les Districts Sanitaires 2014-2016..	47
Tableau 20. Coûts estimatifs des produits gratuité des soins achetés par l'UNICEF ...	48
Tableau 21. Situation nationale des factures gratuité des soins 2014 - 2017.....	49
Tableau 22. Estimation financière de la contribution de l'UNICEF.....	49
Tableau 23. Estimation des médicaments distribués en nombre de traitements/kits....	51
Tableau 24. Rapprochement médicaments distribués et morbidités 2014 – 2016	52
Tableau 25. Rapprochement médicaments distribués et activités CPN 2014 – 2016 ..	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Proportion des quantités d'intrants médicaux achetées par rapport aux prévues.....	26
Figure 2. Circuit de distribution des intrants médicaux de l'UNICEF	32
Figure 3. Circuit de distribution de l'ONPPC	33
Figure 4 : Taux d'utilisation des formations sanitaires	44
Figure 5. Indicateurs de la CPN 2014-2016 au niveau national	46

RESUME ANALYTIQUE

Introduction

Le Gouvernement du Niger a introduit en 2006 la politique de gratuité des soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans. Pour les femmes, les prestations de soins de santé rendues gratuites sont : la planification familiale, la consultation prénatale, la césarienne/grossesse extra utérine/rupture utérine, la prise en charge du cancer gynécologique. Quant aux enfants de moins de cinq (5) ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs. Cette politique de gratuité des soins qui prévoit, un préfinancement des coûts des soins offerts aux cibles par les structures de santé, puis un remboursement de ces structures à travers un tarif forfaitaire pour chaque catégorie de prestation de soins et pour chaque niveau de soins, est encadrée par plusieurs textes législatifs.

Les ressources financières allouées par l'Etat pour assurer le remboursement des factures des formations sanitaires restent insuffisantes. Cet état de fait, combiné avec d'autres limitations en lien avec l'estimation appropriée des besoins, la planification et la budgétisation ; la chaîne d'approvisionnement des produits de santé, ou la qualité des contrôles des factures produites et de l'utilisation des intrants médicaux, affectent significativement la disponibilité de certains intrants nécessaires aux soins de santé dont les médicaments et les consommables médicaux essentiels pour la continuité des soins et l'utilisation des services. Face à cette difficulté, plusieurs partenaires techniques et financiers accompagnent la mise en œuvre de cette politique. A ce titre, depuis 2014, l'appui de l'UNICEF est essentiellement matérialisé par l'approvisionnement en médicaments essentiels remboursables des formations sanitaires pour la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, d'autres infections respiratoires aiguës, des consultations prénatales et des césariennes. Le but de la présente étude est d'évaluer cette intervention de l'UNICEF en appui à la stratégie de gratuité des soins sur la période 2014 – 2018.

Méthodologie

Pour évaluer l'intervention du programme de coopération entre le gouvernement du Niger et l'UNICEF dans le cadre de la politique de gratuité des soins, les sept critères d'évaluation suivants ont été traités : pertinence, efficacité, efficience, équité, traçabilité, coût-efficacité, externalités.

Deux types d'indicateurs ont été utilisés : 1) les indicateurs liés au fonctionnement des services de santé dont ceux liés à la disponibilité des intrants (chaîne d'approvisionnement), des ressources humaines, matérielles, des équipements et logistiques et financières et 2) les indicateurs épidémiologiques (cas de paludisme, cas de pneumonie et cas de diarrhée) et d'utilisation de services (utilisation des services curatifs, à l'accouchement, de suivi de la mère et survie de l'enfant de moins de 5 ans et de l'adolescent).

Les produits traceurs ainsi que les indicateurs de l'évaluation portant d'une part sur le fonctionnement des services de santé et d'autre part sur des aspects épidémiologiques et l'utilisation des services ont été définis. Pour les produits traceurs, un outil de collecte des données qualitatives avec des variantes selon les informateurs et plusieurs outils pour les

données quantitatives sur la Gestion des Approvisionnements des Stocks (GAS) et programmatiques ont été développés.

La méthode de collecte de l'information a ensuite consisté en i) une revue de la littérature ; ii) la collecte de données qualitatives avec des entretiens auprès des personnes clés du système de santé en général et de la gratuité des soins en particulier ; iii) la collecte de données quantitatives portant sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement ; iv) des visites de sites dans un échantillon de pharmacies des formations sanitaires et des entrepôts de l'UNICEF. Les outils de collecte de données validés par l'UNICEF ont été utilisés avec plusieurs acteurs au niveau central et dans un échantillon de régions, districts et formations sanitaires.

Enfin, concernant la stratégie d'échantillonnage, les formations sanitaires ont été sélectionnées selon la pertinence et la faisabilité à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Au niveau des régions, Maradi et Tahoua ont été sélectionnées ; au niveau des formations sanitaires, toute la typologie a été couverte afin d'être conforme avec la pyramide sanitaire.

Résultats et Analyse

Selon le principe visant à appuyer la gratuité des soins au Niger, le programme d'intervention de l'UNICEF contribue au remboursement des frais de gratuité ce qui en démontre sa **pertinence**, d'autant plus que cela s'inscrit dans la continuité des stratégies nationales et plus largement des Objectifs de Développement Durable (ODD). D'autre part, le circuit de distribution des intrants médicaux de l'UNICEF va dans le sens de la future stratégie nationale de distribution des produits de santé qu'il contribue à renforcer ; une stratégie axée sur la distribution aux derniers kilomètres issue de l'étude réalisée en 2017 sur le diagnostic de la chaîne nationale d'approvisionnement.

En termes d'**efficacité**, on note que l'utilisation des services de santé entre 2014 et 2017 n'a pas augmenté avec la politique de gratuité, suggérant que cela n'a pas suscité l'engouement attendu auprès de la population. Il y a cependant eu une forte contribution de l'UNICEF en intrants dans la prise en charge des diarrhées et du paludisme chez l'enfant mais la diversité et la complexité des déterminants de la morbidité ne permettent de conclure que l'appui de l'UNICEF en intrants a contribué à redessiner les tendances de ces deux maladies. On retient aussi que les médicaments distribués par l'UNICEF auraient contribué à prendre en charge en moyenne 35% des cas de paludisme, 60% des cas de diarrhées et 20% des cas de pneumonie notifiés chez les enfants de moins de 5 ans sur la période de 2014 à 2016.

L'impact de l'UNICEF semble plus net concernant la santé de la mère dans la mesure où il y a eu une hausse des 1^{ère} consultations prénatales (CPN1), de l'administration de fer folate et des traitements préventifs intermittents 2^{ème} dose (TPI2). Ainsi, l'UNICEF a été le principal partenaire à avoir approvisionné le pays en sulfadoxine pyriméthamine (88% des traitements en TPI entre 2014 et 2016) et en 2015 près de la moitié de l'approvisionnement des formations sanitaires en fer acide folique pour prévenir l'anémie chez les femmes enceintes a été fourni par l'UNICEF.

Pour les aspects à améliorer, l'évaluation a fait ressortir qu'au niveau des formations sanitaires comme au niveau des Direction Régionale de Santé Publique (DRSP), il n'y a pas d'outil dédié à la quantification des produits de santé. De plus, tous les CS (centre de santé) et CSI (centre de santé intégré) visités ont connu en 2017 au moins une rupture de stock d'au moins une semaine d'un produit traceur et des ruptures ont aussi été observées dans les districts sanitaires (DS) d'Illéla et de Madaoua où des ruptures de stock en tests de diagnostic rapide malaria et amoxicilline 250mg comprimés dispersibles ont été relevées en 2017. Dans les

formations sanitaires visitées, les pertes par péremption de produits de santé de la gratuité des soins fournis par l'UNICEF restent par contre très minimales, elles sont de 0,45% dans l'un des DS visités. Et ce taux reste très en deçà de la limite tolérée qui est normalement comprise entre 5 et 7%.

Les insuffisances relevées dans le système national de gestion et de suivi des factures de la gratuité le long de la pyramide sanitaire et surtout au niveau de la cellule gratuité des soins restent également un défi important d'autant que le retard dans le remboursement des factures affecte aussi la disponibilité de certains intrants. D'après les informations reçues de la cellule gratuité des soins, pour le total des factures reçues en 2014 – 2017 estimé à environ USD 58'197'511, près de 64% restaient encore non remboursées. Sur la période de 2014 à 2017, les intrants médicaux de la gratuité des soins achetés par l'UNICEF et mis à la disposition des formations sanitaires représentent en terme financier 16,5% des factures gratuité des soins reçues par la cellule gratuité des soins du Ministère de la Santé. Et entre 2014 et 2017, le budget du secteur de la santé rendu disponible par l'UNICEF est estimé à 0,96%.

Pour ce qui est de l'**efficacité**, les retards dans le système de remboursement des factures suggèrent qu'il y a un manque d'efficacité de l'intervention. L'absence d'une rétro-information de la part des formations sanitaires sur l'utilisation réelle des différents traitements mis à leur disposition par l'UNICEF, corrélée à l'inexistence de plans annuels nationaux consolidés d'approvisionnement en intrants de la gratuité pilotés par la cellule de la gratuité des soins font qu'il n'est pas aisé de définir les bénéfices atteints.

En termes d'**équité**, l'appui de l'UNICEF joue son rôle car en appuyant les médicaments essentiels remboursables pour la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, des infections respiratoires aiguës, des CPN et des césariennes, l'UNICEF cible les populations parmi les plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes et les enfants.

Pour ce qui est de la **traçabilité** des produits, elle est matérialisée par des waybill ou des bordereaux de livraison. Et d'une façon générale, la traçabilité des produits médicaux fournis par l'UNICEF est assurée. Un point à améliorer concerne cependant le suivi des demandes de réapprovisionnement qui ne sont pas archivées au niveau de la plupart des magasins de stockage des DS visités. Plus précisément, des entrepôts de l'UNICEF vers les pharmacies des DS visités, les quantités de produits livrés restent traçables vu que le pourcentage des produits de la gratuité de soins reçus conformes au bon de livraison varie entre 100% et 97%. Des pharmacies des DS vers celles des CSI, la visite d'un plus grand nombre de CSI aurait permis de dresser une meilleure situation. Mais d'ores et déjà, l'absence de rapports logistiques de ces formations sanitaires sur les produits reçus de l'UNICEF constitue une limite quant à une meilleure traçabilité de ces intrants.

Pour ce qui est du **coût efficacité**, il est difficile de se prononcer précisément en l'absence de données sur les coûts, que ce soient concernant les interventions de l'UNICEF ou d'autres interventions qui auraient permis des comparaisons. Par exemple, l'UNICEF a dû mettre en place sa propre logistique de distribution basée sur un partenariat avec des transporteurs privés, étant donné la faiblesse du dispositif national de la distribution des produits de santé. Il n'est pas possible de mesurer le coût-efficacité du système de distribution des intrants pharmaceutiques de l'UNICEF car les informations ne sont pas disponibles ; cela nécessiterait également de disposer de ces informations pour le système de distribution national par exemple, à des fins de comparaison.

Enfin, concernant les **externalités**, si certains estiment que l'appui de l'UNICEF a contribué au renforcement du système de santé et de la GAS, d'autres pensent que cela affaiblit le

système de santé et le système GAS. En particulier, la pérennité du système est discutée et certains craignent qu'avec l'arrêt des financements, le système risque de ne pas durer.

Conclusions

Des résultats de cette étude, il ressort à tous les niveaux que les répondants ont à l'unanimité reconnu la pertinence de l'initiative de l'appui en médicaments et intrants médicaux au profit des structures sanitaires du Niger. En effet, elle s'inscrit dans la droite ligne, d'une part des politiques/stratégies nationales : Prise en Charge des Maladies de l'Enfant (PCME) en 1996, Plan de Développement Economique et Social, Programme de Développement Sanitaire, politique nationale de la gratuite, stratégie nationale de réduction de la mortalité mère et de l'enfant et d'autre part dans celle des organisations internationales qui défendent les populations en général et les plus vulnérables (mère et enfant) : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ODD.

Les responsables reconnaissent une amélioration de certains indicateurs de santé et particulièrement ceux liés à la femme. Ceci étant, il est difficile de lier les tendances de ces indicateurs et ceux liés à la morbidité avec l'appui de l'UNICEF à la gratuité des soins compte tenu de la multiplicité de facteurs et de partenaires qui peuvent interférer sur ces tendances. Paradoxalement, avec la mise en œuvre effective de la politique de gratuité des soins par l'UNICEF, il n'y a pas eu une augmentation du taux d'utilisation des formations sanitaires sur la période concernée par l'étude (53% au niveau national de 2014 à 2016). Ces données suggèrent que la mise en œuvre de cette politique de gratuité ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'outils harmonisés ou de supports qui auraient permis de générer l'impact attendu.

Il n'a pas été possible pour les répondants de se prononcer sur l'efficience car toutes les dépenses ont été faites au niveau de l'UNICEF. Mais il a été reconnu également que l'appui financier de l'Unicef reste beaucoup sous-estimé.

Les répondants pensent que la durabilité reste un défi majeur et les réflexions à tous les niveaux dans les deux régions visitées, plaident pour l'assurance maladie, les mutuelles de santé, le positionnement/mise en place des médicaments et intrants par l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) en lieu et place des facturations, le transfert de compétences aux communes, les sensibilisations communes, le centime additionnel (800+100), une plus grande implication/appropriation des DRSP et une plus grande fonctionnalité des réunions de coordination santé.

Recommandations

A l'issue de cette étude, plusieurs recommandations relatives aux textes réglementaires, au dispositif de gestion et de suivi & évaluation de la gratuité des soins et également à la chaîne d'approvisionnement des intrants, ont été formulées :

1. Au niveau central (Ministère de la Santé Publique)

1.1 Les textes :

Appuyer la révision des textes réglementaires de la gratuité des soins dans son ensemble afin de sécuriser le système et améliorer la prise en charge des patients cibles bénéficiaires. Ces révisions doivent porter sur l'arrêté portant création, organisation et attributions de la cellule de coordination et de suivi de la gratuité des soins mais aussi sur le manuel de gestion de la gratuité des soins notamment la revalorisation des tarifs forfaitaires appliqués, le formulaire de demande de remboursement pour prendre en

compte les contributions directes en intrants médicaux des PTF, le mécanisme de suivi-évaluation de la gratuité des soins

1.2 Le dispositif de gestion :

- i. Appuyer la révision du mécanisme assurant le paiement des factures de gratuité des soins dans des délais raisonnables pour permettre aux formations sanitaires de renouveler leurs stocks en intrants à l'effet de soutenir la qualité et la continuité des soins notamment :
 - a. La mobilisation de fonds complémentaires pour assurer les dépenses de la gratuité des soins ;
 - b. La création d'une structure de gestion autonome de la politique de gratuité des soins de santé bien outillée avec des organes décentralisés ;
 - c. Un appui en ressources humaines/assistance technique afin de renforcer le système de paiement des factures ;
 - d. La création d'un comité national de coordination des interventions de la gratuité des soins qui doit regrouper la partie nationale et les différents PTF pour faciliter le suivi des différentes interventions dans ce volet.
- ii. Aider à la mise en place d'un système de rapportage permettant de suivre les indicateurs de gestion de la gratuité au niveau national et des districts.
- iii. Appuyer les DS afin que les données de stock et de consommation des produits pharmaceutiques soient validées et reportées dans DHIS2.
- iv. Participer à la révision du guide de supervision intégrée afin de prendre en compte dans la liste de contrôle, la vérification systématique du remplissage des fiches de stock, de sorties journalières et du Rumeg.
- v. Appuyer la réalisation chaque année sur un échantillon de districts sanitaires l'audit interne et externe de la gestion financière et des intrants de la gratuité de soins.

1.3 La chaîne d'approvisionnement :

- i. Appuyer le développement et la mise en place en collaboration avec la DEP, la DPHMT et l'ONPPC, d'un outil harmonisé de quantification des produits de la gratuité des soins qui soit adapté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ii. Appuyer l'élaboration de plans annuels consolidés d'approvisionnement pour les produits et intrants de la gratuité des soins.
- iii. S'assurer de l'intégration des produits de la gratuité des soins dans le SIGL national.

2. **Au niveau régional (Directions Régionales de santé publique)**

2.1 Organiser au moins un atelier régional de suivi des activités de la gratuité.

2.2 Lors de missions de supervisions, s'assurer que les textes réglementaires de la gratuité des soins qui seront révisés par le niveau central sont appliqués dans les structures sanitaires.

2.3 S'assurer que la coordination de la chaîne d'approvisionnement des produits de la gratuité des soins au niveau de la région est sous la responsabilité des pharmaciens des DRSP.

2.4 Lors de missions de supervisions, s'assurer du suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins selon les directives fournies par le niveau central.

3. **Au niveau local (Districts Sanitaires)**

3.1 Appuyer la mise en œuvre des recommandations qui seront issues des différents ateliers régionaux sur le suivi des activités de la gratuité des soins.

3.2 Appuyer le renforcement de la gestion des stocks au niveau des pharmacies des DS à travers :

- i. La mise à niveau des magasins de stockage visant à améliorer les conditions de stockage ;
- ii. L'informatisation de la gestion des stocks pour assurer une meilleure traçabilité des intrants ;
- iii. La formation continue/supervision des gestionnaires de stock.

3.3 Appuyer l'appropriation des outils révisés de suivi et de gestion des factures de gratuité de soins qui seront mis en place par le niveau central.

4. Au niveau de l'UNICEF

4.1 Appuyer le Ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres PTFs, pour adopter une réforme approfondie de la gestion de la gratuité permettant d'assurer la disponibilité des médicaments et de rendre fonctionnel les services de santé pour la fourniture de soins et services de qualité.

4.2 Appuyer le fonctionnement du comité national de coordination des interventions de la gratuité des soins.

4.3 Appuyer l'organisation des ateliers régionaux de suivi des activités de la gratuité des soins.

4.4 Maintenir l'appui de l'UNICEF en approvisionnement de médicaments essentiels remboursables à destination des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes en attendant la réforme relative à la gestion de la gratuité des soins.

4.5 Accompagner le Ministère de la Santé dans la mise en place et le suivi d'indicateurs de performance en lien avec la chaîne d'approvisionnement des produits de la gratuité des soins.

4.6 Accompagner le Ministère de la Santé dans la mise en place et le suivi d'indicateurs de performance en lien avec la chaîne d'approvisionnement des produits de la gratuité des soins

4.7 Appuyer la mise en place un système de rapportage permettant de suivre les indicateurs de gestion de la gratuité et les interventions spécifiques à chaque partenaire.

4.8 En collaboration avec le Ministère de la Santé, renforcer l'implication des structures du niveau central et régional dans le processus d'approvisionnement des districts sanitaires en vue d'une meilleure traçabilité des intrants fournis par les différents partenaires.

1. Introduction

Le Gouvernement du Niger a introduit en 2006 la politique de gratuité des soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans. L'introduction de la gratuité s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) 1, 3, 5 et ODD 10¹. Elle vise de manière spécifique à l'atteinte des objectifs suivants :

- Accroître l'accès des services de santé aux plus pauvres et vulnérables ;
- Renforcer les activités de santé de la reproduction ;
- Accroître la viabilité financière des services de santé.

Cette politique consiste à fournir des prestations de soins de santé à la population cible, sans que celle-ci ne participe au paiement direct des prestations reçues. L'Etat, en tant que garant de la santé de la population, s'est substitué en tiers payant pour la prise en charge de ces prestations fournies gratuitement aux cibles. Elle ne consiste pas en une annulation du tarif, du coût de soins ou de la participation des populations aux coûts des soins, mais d'un transfert vers un tiers payant (Etat).

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

Le cadre juridique de la politique de gratuité est constitué par plusieurs textes législatifs à savoir :

- Décret 2005-316/PR/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de Santé Publique ;
- Décret N° 2007-261 / PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé ;
- Arrêté N°0015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du Décret de la césarienne ;
- Arrêté N°65/MSP/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 accordant la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs ;
- Arrêté N°079/MSP/MFE du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de 0 à 5 ans ;
- L'Arrêté n° 00219/MSP/DGSP/DOS du 22 août 2007 portant création, organisation et attributions de la Cellule de coordination et de suivi de la gratuité liée aux prestations de santé.

La politique de gratuité des soins prévoit un préfinancement des coûts des soins offerts aux cibles par les structures de santé. Pour bénéficier de la gratuité des soins, le patient doit être éligible à l'approche. Concrètement, cela se passe de la façon suivante : après vérification de l'éligibilité du patient, le percepteur de la formation sanitaire délivre un reçu à chaque patient. Le reçu porte le tarif forfaitaire correspondant à la contribution du patient aux coûts de prestations de soins. A partir des reçus, le percepteur fait la synthèse journalière des montants à payer à partir d'une fiche de récapitulation mensuelle qui est transmise à la fin du mois au District Sanitaire ou à la Direction des Etablissements de Soins pour établir une facture à envoyer au Ministère de la Santé Publique (MSP).

¹ ODD 1 : Pas de pauvreté ; ODD 3 : Bonne santé et bien-être ; ODD 5 : Egalité entre les sexes ; ODD 10 : Inégalités réduites

Après une vérification de la conformité de la facture au niveau de la cellule gratuité, celle-ci est envoyée au niveau de la Direction des Affaires Financières et du Matériel pour engagement. Les factures engagées à ce niveau sont transmises au Ministère des Finances à la Direction des Ordonnancements qui après vérification les transmet à la Direction Générale du Trésor pour remboursement. Le remboursement s'effectue directement par virement bancaire sur un compte ouvert à cet effet par l'établissement de soins ou sur le compte du recouvrement des coûts gérés par les Comités de Santé, sous couvert que les justificatifs sont disponibles.

Ce remboursement se fait à travers un tarif forfaitaire pour chaque catégorie de prestation de soins et pour chaque niveau de soins afin d'harmoniser l'application des mesures de la gratuité. La tarification de la gratuité des soins est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Tarification appliquée dans la mise en œuvre de la gratuité des soins

Prestations gratuites (En Francs CFA)	Hôpitaux/ Maternités nationaux	Centres Hospitaliers Maternités régionaux	Hôpitaux de districts	Centres de Santé Intégrés	Cases de Santé
Césarienne* GEU, rupture utérine	80 000	50 000	35 000	-	-
Soins enfants 0 – 5 ans** (Hospitalisé)	Pédiatrie 30 000	25 000	10 000	2 100 (Observation)	-
	Chirurgie 40 000	30 000	12 000		-
	Autres services spécialisés 25 000	20 000	-		-
Soins enfants 0 – 5 ans** (Externe)	Pédiatrie 15 000	10 000	5 000	500	250
	Chirurgie 20 000	15 000	7 000	500	-
	Autres services spécialisés 20 000	15 000	-	-	-
Consultation prénatale***	-	-	-	1 000	-
Soins obstétricaux d'urgence	6 000	6 000	5 000		
Produits et consommables pour la contraception ****	1 000	1 000	1 000	1 000	-
Cancers gynécologiques	Conformément au protocole de prise en charge défini par le comité chargé de son élaboration				

Source : Guide de gestion de gratuité des soins au Niger, septembre 2007

Il faut souligner que ces tarifications forfaitaires restent sous-estimées par rapport aux coûts réels des prestations offertes ; un constat déjà mis en exergue par l'étude des coûts des prestations des soins au niveau des cases de santé (CS), CSI et hôpitaux de district (HD) réalisée en 2014 par le MSP et l'OMS². Cette étude indiquait que sur la base de coût de production des prestations de soins au niveau d'une case de santé chez les enfants de moins de 5 ans, il est à retenir que le tarif forfaitaire appliqué reste en dessous du coût moyen ; elle

² Rapport de l'étude des coûts des prestations des soins niveau case de santé, centre de santé intégré et l'hôpital de districts sanitaires de Niamey V et de Gaya – OMS – MSP - 2014

précisait aussi qu'au niveau des CSI, les coûts de prestations de soins au curatif pris individuellement sont au-dessus du tarif retenu pour les soins curatifs aux enfants de moins de 5 ans.

Par ailleurs, le Manuel de Gestion de la Gratuité décrit : i) les modalités d'application de cette gratuité des soins aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; ii) les tarifications devant être appliquées ; iii) les outils de gestion à utiliser et iv) les mécanismes de suivi, d'évaluation et de l'audit interne et externe de la gratuité des soins.

Pour faciliter le remboursement des frais des soins fournis par les établissements sanitaires, une ligne budgétaire a été créée en 2006, dans le budget du Ministère de la Santé Publique en faveur de la gratuité des soins de santé. Cependant, en dépit de la volonté manifeste des autorités d'améliorer l'accès des populations aux services de santé, des difficultés ont été relevées dans la mise en œuvre de la gestion de la politique de gratuité de soins de santé, notamment au niveau des ressources financières allouées très insuffisantes et des retards observés dans le remboursement des factures des formations sanitaires, qui affectent significativement la disponibilité de certains intrants nécessaires aux soins de santé, dont les médicaments et les consommables médicaux essentiels pour la continuité des soins et l'utilisation des services. Ces difficultés s'ajoutent à d'autres défis tels que, entre autres, ceux liés à l'estimation appropriée des besoins, la planification et la budgétisation ; la chaîne d'approvisionnement des produits de santé, ou la qualité des contrôles des factures produites et de l'utilisation des intrants médicaux.

Outre les efforts consentis par l'Etat, et comme l'indique l' « Etude sur la gratuité des soins au Niger »³ plusieurs partenaires techniques et financiers comme l'Agence Française de Développement (AFD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, et le Paludisme, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), et certaines Organisations Non Gouvernementales (ONGs) accompagnent la mise en œuvre de cette politique, par la mise en place de certains intrants, la prise en charge des frais de la gratuité de l'accouchement et les références nationales, ainsi que par l'appui à la gestion stratégique et opérationnelle du dispositif de gratuité à travers l'accélération du traitement des factures et de leur remboursement. C'est ainsi que depuis 2014, l'UNICEF appuie la politique nationale de gratuité des soins par l'approvisionnement en médicaments essentiels remboursables des formations sanitaires pour la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, d'autres infections respiratoires aiguës, des consultations prénatales et des césariennes. A ce titre, de 2014 à la mi-avril 2018, la valeur des produits pharmaceutiques, tests de diagnostic, et kits médicaux alloués par l'UNICEF dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins au Niger est estimée à environ 7'331'067USD au profit des Hôpitaux Nationaux, des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), des Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME), des Hôpitaux de District, des Centres de Santé Intégrée et des Cases de Santé du pays. En 2015 par exemple, l'UNICEF a approvisionné 147 formations sanitaires (couvrant 620,060 enfants de moins de 5 ans) appartenant à 21 districts, en coordination avec d'autres partenaires qui ont couvert les formations sanitaires restantes⁴. Cependant, l'appui de l'UNICEF à la mise en œuvre de la gratuité est contraint par plusieurs défis, notamment :

- L'insuffisance de contrôle de l'application effective de la gratuité ;
- Les ruptures chroniques de stocks de médicaments essentiels et autres intrants pharmaceutiques ;

³ Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger, Juin 2015, MSP, INS, UE.

⁴ UNICEF, 2015. UNICEF Niger Country Office Report.

- Les problèmes de traçabilité et transparence des approvisionnements fournis par l'UNICEF ;
- L'absence de mécanisme de suivi de la gestion des intrants à tous les niveaux ;
- La faible implication des structures du niveau central et régional dans le processus d'approvisionnement des districts sanitaires ;
- L'application du forfait à l'épisode de maladie ou de traitement ne permettant pas d'asseoir une base de remboursement pour les intrants.

Ces défis risquent de n'entraîner rien d'autre qu'une gratuité théorique ou nominale, voire une fausse gratuité qui pénalise les pauvres, c'est-à-dire les véritables bénéficiaires de la politique et du programme national de gratuité. Par exemple, une étude couvrant 17 communes du Niger a indiqué que 5% et 6% des enfants de moins de 5 ans ont reçu des soins payants pour le traitement de la diarrhée et du paludisme⁵.

La présente étude demandée par l'UNICEF s'inscrit donc dans l'optique d'une amélioration de son appui à la politique nationale de gratuité des soins.

2. But et objectifs de l'étude

Le but de cette étude est d'évaluer l'intervention du programme de coopération Niger-UNICEF 2014-2018 en appui à la stratégie de gratuité des soins et de proposer des options pour son optimisation.

Les résultats attendus sont :

- i. Un état des lieux des réalisations du programme par rapport à l'intention initiale en analysant sa logique d'intervention, les résultats attendus, les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats, et les contraintes rencontrées afin d'évaluer dans quelle mesure l'intervention du programme Niger-UNICEF est « fit for purpose ». Cette analyse de performance porte donc sur les domaines suivants : pertinence ; efficacité ; efficience ; équité ; coût efficacité, traçabilité, et externalités.
- ii. Une proposition d'options aptes à améliorer l'appui du programme Niger-UNICEF à la politique nationale de gratuité des soins, surtout en faveur des populations les plus pauvres et défavorisées. En outre, les propositions pourront porter aussi sur d'autres domaines d'interventions déterminants la performance de la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins, notamment :
 - La gouvernance et le leadership du secteur de la santé ;
 - Le financement du secteur de la santé ;
 - Les ressources humaines pour la santé ;
 - Les informations sanitaires.

3. Méthodologie

3.1 Critères d'évaluation

Les questions posées dans les termes de référence de l'étude couvrent les critères d'évaluation du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

⁵ Ministère de la Santé Publique, UNICEF, et Liverpool School of Tropical Medicine, 2015. Evaluation du projet de prévention de la malnutrition dans 17 communes des régions de Maradi, Tahoua et Zinder (IAOMD) avec les outils LQAS.

- i. **Pertinence** : Dans quelle mesure l'intervention du programme de coopération Niger-UNICEF est-elle une stratégie adéquate pour appuyer la politique nationale de gratuité des soins et accroître l'utilisation de ces soins pour les enfants de moins de cinq ans ? Dans quelle mesure l'intervention du programme est-elle complémentaire et coordonnée avec les stratégies et programmes mis en place par le gouvernement et les partenaires de développement dans le cadre de la politique nationale de gratuité des soins ? Dans quelle mesure l'intervention du programme UNICEF répond-elle au problème des barrières financières empêchant l'accès aux soins par les femmes et les enfants, notamment les plus vulnérables et exclus ? L'appui en approvisionnements de médicaments et autres intrants pharmaceutiques du programme de coopération UNICEF est-il pertinent par rapport aux besoins du pays et en coordination avec les autres Partenaires Techniques et Financiers ? L'intervention inclut-elle suffisamment d'actions de Renforcement du Système de Santé ?
- ii. **Efficacité** : Dans quelle mesure l'intervention du programme de coopération Niger-UNICEF a-t-elle contribué à améliorer l'utilisation des soins par les enfants de moins de cinq ans ? Dans quelle mesure l'intervention du programme de coopération Niger-UNICEF a-t-elle bénéficié aux femmes et enfants de moins de cinq ans ? Quel est le nombre et pourcentage de la population éligible à la gratuité des soins ayant bénéficié des médicaments gratuits à travers l'intervention de l'UNICEF ? Quel est le nombre et le pourcentage des formations sanitaires en rupture de stock pendant la période de référence malgré l'approvisionnement de médicaments et autres produits pharmaceutiques par l'UNICEF ? Quels sont les facteurs qui ont soutenu ou contraint la performance ? Est-ce que les médicaments disponibles sont-ils effectivement gratuits ?
- iii. **Efficiace** : L'intervention de l'UNICEF atteint-elle les résultats attendus au prix d'une consommation optimale des ressources allouées ? Les coûts de l'intervention sont-ils raisonnables par rapport aux bénéfices atteints ? Les mêmes résultats auraient-ils pu être atteints de manière plus économique ? Dans quelle mesure l'UNICEF a coordonné l'utilisation de ses ressources avec celles du Gouvernement et des autres Partenaires ? La convergence, complémentarité et intégration ont-elles été adéquates ?
- iv. **Équité** : Comment le programme de coopération Niger-UNICEF a traité l'équité dans son appui à la politique de gratuité des soins ? Dans quelle mesure l'intervention du programme étaient-elles conçues et mise en œuvre pour atteindre les couches les plus pauvres de la population ? L'intervention du programme a-t-elle produit des résultats positifs pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes les plus défavorisés ? Quels ont été les effets sur le taux d'utilisation et sur le taux de paiement direct des soins éligibles de gratuité pour les enfants <5 ans et les femmes chez les couches les plus pauvres de la population ?
- v. **Traçabilité** : L'intervention est-elle gérée de façon transparente à chaque étape jusqu'aux destinataires (end-users) ? Les mécanismes de monitoring et redevabilité à disposition des gestionnaires sont-ils adéquats afin d'assurer la traçabilité des intrants jusqu'à la population éligible à la gratuité des soins ? Dans quelle mesure les systèmes de l'UNICEF sont aptes à monitorer son appui ? Les fonctions de monitoring et contrôle ont-elles bénéficié des ressources adéquates ?
- vi. **Coût-efficacité** : Quel a été le coût des différentes interventions soutenues par le programme de coopération Niger-UNICEF dans le cadre de son appui à la politique nationale de gratuité des soins ? Dans quelles mesures ces coûts ont-ils été optimisés

afin d'obtenir le meilleur ratio coût-efficacité ? Avec les fonds alloués par UNICEF, aurait-on pu avoir plus d'impact avec d'autres interventions aptes à appuyer la mise en œuvre de la gratuité des soins, voire d'autres interventions adressant les barrières à l'accès aux soins telles que les barrières financières et/ou géographiques/physiques ?

- vii. **Externalités** : L'intervention du programme de coopération Niger-UNICEF a-t-elle contribué à renforcer le Système de Santé, notamment la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits pharmaceutiques ? L'appui de l'UNICEF contribue-t-il à la création et renforcement d'un environnement favorable à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)? Dans quelle mesure des considérations de pérennisation (technique, financière, institutionnelle) ont été intégrées dans la démarche de l'UNICEF ? Dans quelle mesure les résultats obtenus peuvent-ils être pérennisés ? Quels sont les risques pour la pérennisation ? Quel est le volume total et le pourcentage du budget des formations sanitaires et du secteur santé rendus disponibles (« freed up ») à la suite de l'approvisionnement de médicaments et autres produits pharmaceutiques par le programme de coopération Niger-UNICEF ?

3.2 Indicateurs de l'évaluation

Des indicateurs ont été définis pour chacun des domaines couverts par l'évaluation et deux types ont été retenus : des indicateurs en lien avec la chaîne d'approvisionnement et des indicateurs programmatiques en lien avec des données épidémiologiques. Plus précisément, les indicateurs étaient les ceux liés au fonctionnement des services de santé dont ceux liés à la disponibilité des intrants (chaîne d'approvisionnement), des ressources humaines, matérielles, des équipements et logistiques et financières. Pour les indicateurs liés à l'approvisionnement, ils ont été tirés de deux documents de référence de JSI⁶ et de l'OMS⁷ sur le suivi de la performance des systèmes d'approvisionnement des produits de santé. Les indicateurs choisis se rapportent aux (i) différentes fonctions du cycle d'approvisionnement notamment la quantification, la gestion des entrepôts et des stocks, la distribution et la livraison et (ii) aux fonctions transversales de ce système, notamment la gestion des données et la communication & coordination.

La liste des indicateurs sélectionnés est la suivante en lien avec les différentes étapes du cycle d'approvisionnement :

i. Quantification des intrants médicaux : les différents fichiers de prévision des besoins en produits pharmaceutiques et tests de diagnostic ainsi que de synthèse des achats de produits médicaux effectués par l'UNICEF de 2014 à 2018 ont été utilisés comme principales sources d'information.

1.a_ Existence d'un outil ou d'une méthode de prévision, utilisé de manière régulière pour l'évaluation des besoins en intrants médicaux

1.b_ Proportion des quantités d'intrants médicaux achetées sur la période de l'étude par rapport aux quantités totales prévues pour la même période.

⁶ JSI Research & Training Institute, Inc. 2014. Indicateurs recommandés pour la levée des obstacles aux chaînes d'approvisionnement à l'échelon national : Développé pour la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants, équipe de référence technique pour l'approvisionnement et l'information. Arlington, Va. : JSI Research & Training Institute, Inc.

⁷ Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks : indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les sur stockages des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludiques. OMS 2011

ii. Réception et stockage : les documents de transit, les certificats d'analyse de contrôle qualité, et les inventaires des stocks ont été utilisés comme principales sources d'information.

2.a_ Nombre moyen de jours entre l'arrivée en port/aéroport des produits et leur arrivée en entrepôt,

2.b_ Durée moyenne de la mise en quarantaine des produits au niveau de l'entrepôt central de l'UNICEF,

2.c_ Valeur ou proportion de produits UNICEF périmés dans les formations sanitaires visitées

iii. Distribution : les bons de commandes des formations sanitaires, les bordereaux d'expédition remis aux transporteurs, les différents waybills établis par le service Logistic/supply de l'UNICEF et les bordereaux de livraison élaborés par les DS, la synthèse des coûts de prestation des services de distribution fournis par le service Logistic/supply de l'UNICEF, document de facturation des services de distribution fourni par l'ONPPC ont été utilisés comme principales sources d'information.

3.a_ Durée moyenne écoulée entre la date à laquelle la commande a été passée et la date à laquelle elle a été reçue dans la formation sanitaire,

3.b_ Délais moyens de livraison des intrants médicaux de l'entrepôt de l'UNICEF aux DS

3.c_ Délais moyens de livraison des intrants médicaux de l'entrepôt des DS aux CSI

3.d_ Comparatif des délais moyens de livraison des intrants médicaux entre le système de distribution de l'ONPPC (des intrants de lutte contre le paludisme) et celui de l'UNICEF

3.e_ Comparatif des coûts de distribution entre le système de distribution de l'ONPPC (pour les intrants de lutte contre le paludisme) et celui de l'UNICEF.

iv. Traçabilité : la liste des produits distribués par l'UNICEF de 2014 à 2018, les waybills établis par l'UNICEF, les différents bordereaux de livraison, les fiches de stocks des DS et CSI et les registres de soins des CSI et CS ont été utilisés comme principales sources d'information.

4.a.1_ Nombre ou Pourcentage de produits expédiés par l'UNICEF et reçus conforme au Bordereau de livraison dans le DS,

4.a.2_ Nombre ou Pourcentage de produits UNICEF expédiés par le DS et reçus conforme au Bordereau de livraison dans le CSI,

4.a.3_ Nombre ou pourcentage de produits UNICEF reçus par le DS et tracés sur les fiches de stock,

4.a.4_ Nombre ou pourcentage de produits UNICEF reçus par le CSI et tracés sur les fiches de stock,

4.a.5_ Nombre ou pourcentage de rapports de réception de dons de produits UNICEF que le DS a transmis à la DRSP.

4.a.6_ Nombre et proportion de produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours de l'année au niveau DS,

4.a.7_ Nombre et proportion de produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours de l'année au niveau CSI,

4.a.8_ Nombre ou proportion de médicaments prescrits et effectivement délivrés par la formation sanitaire aux bénéficiaires de la gratuité des soins,

v. Appréciation de la contribution de l'UNICEF : la liste des produits achetés par l'UNICEF de 2014 à 2018, la liste des produits distribués par l'UNICEF de 2014 à 2018, la synthèse des coûts de prestation des services de distribution fournis par le service Logistic/supply de l'UNICEF, différents fichiers récapitulatifs des montants des factures de gratuité de soins par régions qui ont été fourni par la cellule de gratuité des soins.

5.a_ Dépenses totales liées à l'achat des produits de gratuité des soins fournis par l'UNICEF de 2014 à 2018 incluant les coûts annexes de gestion des stocks

5.b_ Coût total des produits médicaux distribués par l'UNICEF aux formations sanitaires dans le cadre de la gratuité des soins

5.c_ Coûts et % de la contribution de l'UNICEF en produits médicaux à la gratuité des soins au niveau national

5.d_ Coûts et % de la contribution de l'UNICEF en produits médicaux à la gratuité des soins au niveau des districts sanitaires

vi. Système d'information et gestion logistique

6.a_ Nombre ou proportion de rapports logistiques qui ont été soumis à l'UNICEF par la DRSP, les DS appuyés par l'UNICEF et dans les délais requis au cours de l'année.

6.b_ Les indicateurs épidémiologiques et d'utilisation de services tels que identifiés par le SNIS :

6.c_ Indicateurs épidémiologiques : cas de paludisme, cas de pneumonie et cas de diarrhée ;

6.d_ Indicateurs d'utilisation : utilisation des services curatifs, à l'accouchement, de suivi de la mère et survie de l'enfant de moins de 5 ans et de l'adolescent.

3.3 Produits traceurs

La liste des produits traceurs a été établie à partir du document de synthèse des intrants distribués par l'UNICEF de 2014 à 2018 (Cf. DISTRIBUTIONS INTRANTS SANTE-NUTRITION 2014-2018 vf.xlsx) partagé avec les consultants le 24 avril 2014. Les produits traceurs ont été sélectionnés selon leur importance dans les pathologies courantes traitées chez l'enfant de 0 – 5 ans et aussi en fonction du critère de remboursabilité dans le cadre de la gratuité des soins. Dans le cadre de la présente étude, il s'agit des médicaments utilisés dans le traitement du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires et aussi les TDR malaria, le fer/acide folique, la Sulfadoxine–Pyriméthamine et l'albendazole. La liste détaillée des produits traceurs est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Liste des produits traceurs

Pathologies	Produits
Paludisme	Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, comprimé
	Test de Diagnostic Rapide Malaria
Diarrhée	Zinc 20 mg, comprimé
	Sels de Réhydratation Oral (SRO) 20,5 g, sachet
Infections	Amoxicilline 250 mg, comprimés
	Ceftriaxone 250 mg, injectable
Consultation Périnatale	Sulfadoxine 500 mg + Pyriméthamine 25 mg, comprimé
	Fer 60 mg + Acide Folique 4 mg, comprimé
	Albendazole 400 mg, comprimé

3.4 Méthodes de l'évaluation

En fonction des critères d'évaluation, les méthodes suivantes ont été utilisées avec les parties prenantes (liste en annexe 3).

i. Revue de la littérature

Elle couvre la documentation concernant les interventions menées par le programme de coopération Niger-UNICEF au profit de la gratuité des soins y compris les documents de stratégie (guide de gestion de la gratuité et les textes y relatifs) et de programmation sectorielle, les rapports de progrès de mise en œuvre et de suivi des activités concernées par l'étude, notamment la documentation relative aux approvisionnements en médicaments et autres intrants pharmaceutiques, et les rapports des partenaires d'exécution.

ii. La collecte des données quantitatives

La collecte des données quantitatives concerne les volets relatifs à la prévision des besoins ; à la réception, le stockage, la distribution et la traçabilité des produits ; la valorisation de l'appui de l'UNICEF ; le système d'information et de gestion logistique des produits et le mécanisme de coordination de cette chaîne d'approvisionnement. La collecte des données quantitatives a été réalisée à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire :

Au niveau central : (i) les Directions Centrales du Ministère de la Santé Publique concernées par la Gratuité : Direction des Etudes et de la Programmation (DEP) avec la cellule de la gratuité des soins, Direction des Ressources Financières et Matérielles (DRFM), Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), Direction de la Nutrition (DN), Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPHMT), la Direction des Statistiques, (ii) l'Office National des Produits Pharmaceutique et Chimiques (ONPPC) /Unité de Gestion Spécifique (UGS) ; (iii) des cadres et experts supply de l'UNICEF ; (iv) des transporteurs de l'UNICEF chargés de l'acheminement des produits au niveau des districts sanitaires;

Au niveau régional : (i) les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) avec le Directeur, les gestionnaires, les points focaux de la gratuité des soins /participation communautaire ; (ii) des cadres et experts supply de l'UNICEF ; (iii) des transporteurs de l'UNICEF chargés de l'acheminement des produits au niveau des districts sanitaires ;

Au niveau districts sanitaires : (i) Médecin Chef, (ii) gestionnaire, (iii) point focal gratuité des soins/participation communautaire.

Au niveau des formations sanitaires : (i) CSME Maradi, (ii) HD de Dakoro, (iii) CSI Kornaka et Case de Santé rattachée, (iv) CSI Tchaké et Case de Santé rattachée, (v) CSI Bagaroua et Case de santé rattachée, (vi) CSI Takorta et Case de Santé rattachée.

iii. La collecte de données qualitatives

La collecte des données qualitatives concerne les 7 critères d'évaluation détaillés dans le point 3.1 et a été réalisée par une série d'**entretiens avec les personnes clés** du système de santé en général et de la gratuité de soins. Les entretiens, individuels ou de groupes avec les équipes cadre de districts sanitaires, de directions centrales et régionales du ministère de la santé publique, de l'UNICEF, des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale tels que l'AFD, la BM, Enabel, l'OMS et l'UE ont pour but de répondre à certaines questions stratégiques et de s'enquérir des expériences mises en œuvre au Niger.

iv. Des visites de sites

Les pharmacies des structures sanitaires retenues ont été visitées. L'échantillonnage a tenu compte de la structure de la pyramide sanitaire et a porté sur les formations sanitaires de premier échelon à savoir les centres de santé intégrés et les cases de santé rattachées ainsi que sur les structures de niveau intermédiaire à savoir les hôpitaux de district, tel qu'indiqué dans la section 3.6. Concernant l'UNICEF, l'entrepôt central et l'entrepôt du bureau de zone de Maradi ont été visités. L'objectif était de voir les conditions de stockage, les supports de gestion des stocks et leur tenue, d'échanger avec le personnel en charge de la gestion des stocks et de collecter des informations sur la gestion des stocks de médicaments. L'annexe 5 détaille l'agenda de mission et les visites hors capitale qui ont eu lieu entre le 22 mai et le 08 juin 2018.

3.5 Outils

Pour effectuer la collecte des données, plusieurs outils ont été élaborés avant d'être validés par l'UNICEF. Vu les impératifs de délais, il n'a cependant pas été possible de les pré-tester. Il s'agissait des outils suivants :

- i. Une grille d'entretien sur les critères d'évaluation avec les acteurs au niveau central, régional et déconcentré ;
- ii. Une fiche de collecte des données sur les prévisions des besoins en produits de santé de la gratuité des soins ;
- iii. Une fiche de collecte de données portant sur la réception et le stockage des intrants ;
- iv. Une fiche de collecte de données portant sur la distribution des intrants ;
- v. Une fiche de collecte de données sur la traçabilité et la disponibilité ;
- vi. Un tableau mentionnant les données sur les cibles des indicateurs.

L'ensemble des outils de collecte sont disponibles en annexe 2.

L'outil de collecte des informations GAS a été conçu pour aborder les différents éléments du cycle GAS notamment la prévision des besoins, la gestion des stocks, la distribution des produits de santé, la traçabilité et aussi des aspects liés à la gestion des données logistiques, aux finances et à la coordination de la chaîne d'approvisionnement. L'outil a été rempli sur la base : i) des réponses aux différentes questions qui ont été posées aux interlocuteurs impliqués directement dans la gestion des intrants médicaux au niveau des formations sanitaires et entrepôts ou magasins de stockage visités ; ii) d'observations directes ou des informations issues des différents documents collectés durant la mission.

Une grille d'entretien sur les sept critères d'évaluation a été administrée avec les acteurs au niveau central, régional et déconcentré lors d'entretiens d'environ 30-45 minutes avec chaque

informateur clé. Ces entretiens ont aussi permis de renseigner sur la traçabilité en complément à l'utilisation de l'outil de collecte d'informations GAS.

3.6 Echantillonnage

Bien qu'une partie de l'appui de l'UNICEF concernait également le niveau central avec des intrants distribués au niveau d'hôpitaux nationaux (3), de centres hospitaliers régionaux (8) et de centres de santé de la Mère et de l'Enfant (5), la collecte des données menée lors de la présente étude a été réalisée dans un nombre limité de formations sanitaires, au niveau périphérique et intermédiaire de la pyramide sanitaire, selon un échantillon raisonné respectant des critères de pertinence et de faisabilité :

- Au niveau central (capitale), aucune formation sanitaire n'a été sélectionnée. A ce niveau il y a eu plutôt des entretiens avec des directions centrales du MSP (voir Annexe 3).
- Au niveau décentralisé, les Régions de Maradi et Tahoua ont été sélectionnées, car elles présentent l'ensemble des modalités d'appui de l'UNICEF (avec et sans transporteurs privés locaux), il y a une diversification et représentativité (pertinence), et elles sont également adjacentes suivant un itinéraire logique provenant de Niamey (faisabilité).
- Au niveau du District Sanitaire, Madaoua/Illela/Dakoro/Mayahi ont été sélectionnés car ils ont été couverts par l'étude sur l'accès et l'utilisation des soins de santé (enquête au niveau des ménage utilisant la méthode LQAS) dont les données ont été incluses dans cette évaluation.
- Au niveau de la Commune, Bangui/Bagaroua/Kornaka/Tchake ont été sélectionnés selon l'échantillonnage de l'étude sur-citée.
- Au niveau des formations sanitaires, toute la typologie a été couverte afin d'être conforme avec la pyramide sanitaire.

Les structures retenues sont donc les suivantes :

Tableau 3. Liste des Formations sanitaires échantillonnées

Région	District Sanitaire	Commune	Formations sanitaires incluses dans l'échantillon	Typologie de Formation Sanitaire					
				CHR	CSME	HD	CSI	CS	Total
1. Maradi				1	1	0	0	0	2
	1.1 Dakoro	1.1.1 Dakoro	HD Dakoro	0	0	1	0	0	1
		1.1.2 Kornaka	CSI Kornaka CS rattachée	0	0	0	1	1	2
	1.2 Mayahi	1.2.2Tchake	CSI Tchaké CS rattachée	0	0	0	1	1	2
2. Tahoua	2.1 Illela	2.1.1 Bagaroua	CSI Bagaroua CS rattachée	0	0	0	1	1	2
	2.2 Madaoua	2.2.1 Bangui	CSI Takorta CS rattachée	0	0	0	1	1	2
Total				1	1	1	4	4	11

4. Résultats

Ce chapitre présente les résultats issus de l'étude en lien avec la chaîne d'approvisionnement, l'utilisation des services, les morbidités, la valorisation de l'appui de l'UNICEF, et enfin l'appui des autres PTF de la gratuité.

4.1 La chaîne d'approvisionnement de l'UNICEF

Ce sous-chapitre traite du dispositif de l'UNICEF relatif à l'approvisionnement des formations sanitaires en produits de santé dans le cadre de son appui à la politique de la gratuité des soins au Niger.

4.1.1 Prévision des intrants médicaux

a) Existence d'un outil structuré de quantification des besoins en intrants

Il ressort des différents entretiens conduits au niveau des formations sanitaires, l'absence d'outil dédié à la quantification des produits de santé, y compris ceux de la gratuité des soins. Les districts sanitaires se basent sur les incidences des maladies concernées pour déterminer les besoins en médicaments, lesquels besoins sont transcrits dans leur plan d'action annuel des activités et aussi communiqués à l'UNICEF qui les intègre ensuite dans son plan annuel d'approvisionnement à l'issue de la revue annuelle de planification conduite avec les Districts Sanitaires. Tout comme les districts sanitaires, les directions régionales de santé publique ne disposent pas d'outil structuré de quantification des besoins en produits de santé.

Cependant il existe un outil dédié à la quantification des produits de la nutrition, mis en place par l'UNICEF. Il est utilisé au niveau des DRSP et des DS pour les réapprovisionnements. Les résultats mentionnés dans le tableau suivant concernent les DRSP de Maradi et Tahoua puis les DS de Dakoro, Illéla, Madaoua et Mayayi.

Tableau 4. Disponibilité des outils de prévision des besoins en produits médicaux

Indicateur i. a	Produits Santé	Produits Nutrition
Existence d'outil de quantification des besoins en intrants médicaux utilisé de manière régulière pour l'évaluation des besoins en intrants médicaux au niveau des formations et structures sanitaires visitées.	0%	100%

Source : d'après les données fournies par l'outil d'estimation des intrants - UNICEF

Le plan annuel d'approvisionnement de l'UNICEF est préparé sur la base des besoins estimés et des ressources disponibles. Le plan est élaboré et partagé avec les directions et divisions centrales selon les thématiques de santé et nutrition concernées. Il fait également l'objet de révision en milieu d'année.

b) Proportion entre prévisions et achats

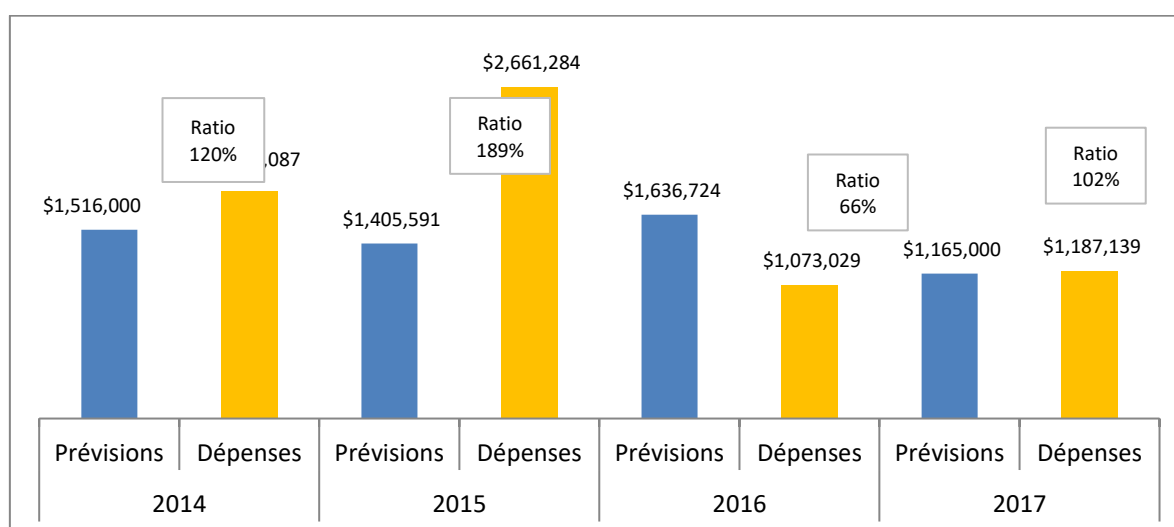
Les montants rapportés concernent uniquement les intrants de la gratuité des soins notamment :

- Les kits CPN,
- Les kits de césarienne,
- Les MEG de lutte contre le paludisme,
- Les MEG contre les infections respiratoires,
- Les MEG contre la diarrhée.

Pour les montants des prévisions, ils sont tirés des Plans de travail santé & VIH de l'UNICEF de 2014 à 2017. Pour les montants dépensés, ils incluent les prix d'achat et tous les coûts annexes en lien avec la gestion de ces achats de produits de santé. Les données exploitées ont été fournies par l'unité Logistique et Approvisionnement de l'UNICEF (Cf. catégories ACHATS INTRANTS SANTE-NUTRITION 2014-2018 vf-révisé.xlsx). L'analyse a alors été faite sur la base des budgets prévus dans les différents PBT santé/VIH et Nutrition de l'UNICEF.

Les résultats montrent que les montants dépensés pour l'achat des produits de santé gratuite des soins sont nettement supérieurs aux montants indiqués dans les différentes planifications en 2014 et 2015, les proportions sont respectivement de 120% et 189%. En 2016, ces dépenses sont de l'ordre de 66% des prévisions. En 2017, on note une très légère hausse des dépenses par rapport aux prévisions, le ratio est de 102% (Figure 3).

Figure 1: Proportion des quantités d'intrants médicaux achetées par rapport aux prévues



Source : d'après les données fournies par l'unité Logistic and Supply d'UNICEF

4.1.2 Réception et stockage des produits médicaux

L'UNICEF dispose d'entrepôts de stockage des produits médicaux à Niamey, Maradi et à Agadez. Dans le cadre de la présente étude, les entrepôts visités sont ceux de Niamey et Maradi.

a) Réception – Stockage - Gestion des stocks au niveau des entrepôts UNICEF

Réception, niveau entrepôt UNICEF

La réception des intrants médicaux au niveau central et des bureaux de zone est effectuée selon des procédures internes de l'UNICEF. Lors des réceptions des produits à leur arrivée dans le pays, des autorisations d'importation et d'enlèvement sont effectivement retirées par l'UNICEF auprès de l'autorité de régulation pharmaceutique qui est la DPHMT. La durée moyenne des opérations de transit dans le pays est de 2 jours pour les produits arrivés par air et de 6 jours pour ceux expédiés par voie maritime.

Tableau 5. Réception des produits de santé par l'UNICEF

Indicateurs	Résultat	Observations
2.1_Nombre moyen de jours entre l'arrivée en port/aéroport des produits et leur arrivée en entrepôt	4 jours	Aérien : 2 jours Maritime : 6 jours
2.2_Durée moyenne de la mise en quarantaine des produits au niveau de l'entrepôt central de l'UNICEF	Non applicable	Non Applicable

Conditions de stockage, niveau entrepôt UNICEF

Le tableau suivant récapitule les conditions de stockage dans les entrepôts de l'UNICEF qui ont été visités. De ce tableau, il ressort que les conditions de stockage des produits pharmaceutiques ne sont pas totalement adaptées si l'on se réfère aux bonnes pratiques de stockage. Le manquement identifié se situe surtout au niveau du contrôle de la température de l'entrepôt de Maradi où il a été noté l'absence de thermomètre, de fiche de relevés de température et de système pour maintenir une température des locaux de stockage tout au plus à 30°C. Les points vérifiés de ce tableau sont adaptés de « *Principe directeurs applicables au stockage des médicaments essentiels et autres fournisseurs médicales, OMS et JSI* ». Les réponses mentionnées sont issues des constats de la visite des entrepôts.

Tableau 6. Conditions de stockage Entrepôts UNICEF

Points vérifiés	Entrepôt UNICEF Niamey (04.06.18)	Entrepôt UNICEF Maradi (02.06.18)	Commentaires
Accès contrôlé	OUI	OUI	
Niveau de l'entrepôt surélevé par rapport niveau du sol	NON	NON	
Aération avec grille	NON	Partielle	Entrepôt Niamey : pas de grille ; ouverture béante entre le mur et le toit. C'est aussi un ancien entrepôt de conservation d'oignons.
Ventilation fonctionnelle	NON	NON	Pas de ventilateur, ni extracteur d'air
Monitoring régulier de température	Partielle	NON	Entrepôt Niamey : A noter qu'il existe sous les planchés un système d'aération à travers plusieurs conduits d'air frais qui garantit la circulation de l'air et le maintien de la température entre 20 et 25° suivant les prélèvements faits antérieurement avant d'y entreposer les produits pharmaceutiques. Entrepôt Maradi : Pas de thermomètre ni d'hygromètre
Luminosité adaptée	OUI	OUI	
Contrat d'assurance	OUI	OUI	
Sortie de secours	NON	NON	
Extincteurs en état de fonctionner	OUI	OUI	Dernière révision des extincteurs remonte à avril 2017.
Détecteur de fumée	OUI	OUI	
Nettoyage régulier	OUI	OUI	

Points vérifiés	Entrepôt UNICEF Niamey (04.06.18)	Entrepôt UNICEF Maradi (02.06.18)	Commentaires
Contrôle des nuisibles	OUI	OUI	Selon l'UNICEF le magasin est régulièrement traité avec les pesticides adéquats.
Gestion informatique	OUI	OUI	
Inventaire disponible	OUI	OUI	
Fiches de stock	OUI	OUI	
Racks / palettes de rangement	OUI	OUI	Palettes
Rangement FEFO (first expired first out)	OUI	OUI	
Espace suffisant	OUI	OUI	
Emplacements des produits bien identifiés	NON	NON	Seuls les magasins sont numérotés. A l'intérieur des magasins, aucun marquage au sol ou en hauteur ne permet d'identifier l'emplacement d'un produit ou d'une catégorie de produit donné. Il faut aller de palettes en palettes et regarder les fiches de stock pour voir de quel produit il s'agit.
Mouvement fluide	OUI	OUI	
Etanchéité	OUI	OUI	

Source : d'après les constats des visites des évaluateurs

b) Réception – Stockage - Gestion des stocks au niveau des entrepôts des Districts Sanitaires

Réception, niveau entrepôt Districts Sanitaires

Les intrants médicaux sont acheminés par l'UNICEF au niveau des DS avec les camions de sociétés privées disposant d'un contrat de prestation de services avec l'UNICEF. Au niveau du DS, la réception est souvent effectuée entre le camionneur et l'un des membres de l'équipe cadre de district (ECD) : le point focal gratuit des soins ou le gestionnaire du DS pour les produits de la gratuité des soins/relais communautaire et le point focal nutrition pour les intrants nutritionnels. Les membres du COGES participent aussi souvent à ces réceptions. Après vérification physique des produits livrés, les documents de transport des produits, notamment le bon de livraison (BL) ou le waybill, sont signés en deux exemplaires ; une copie est gardée au niveau du DS et l'autre copie est remise au transporteur. En cas d'écarts constatés, ces derniers sont mentionnés sur le BL ou waybill.

Il faut souligner que dans les 4 DS visités, il a été rapporté que les membres de l'ECD ne sont pas systématiquement informés de l'arrivée des camions affrétés par l'UNICEF. Par ailleurs, hormis le DS de Mayayi, les gestionnaires de pharmacie ne sont pas impliqués dans les séances de réception des produits envoyés par l'UNICEF (Cas de DS Illéla, Madaoua et Dakoro).

Au niveau du centre de santé mère enfant (CSME) de Maradi, les réceptions sont effectuées entre la responsable pharmacie et le magasinier de l'entrepôt UNICEF Maradi.

Conditions de stockage, niveau entrepôt Districts Sanitaires

Les produits fournis par l'UNICEF sont souvent stockés dans des locaux autres que ceux de la pharmacie du DS. Les mouvements de stocks sont effectués par les points focaux des domaines concernés (gratuité des soins ou relais communautaires ou nutrition).

Le tableau ci-dessous montre une vue globale des conditions de stockage des intrants médicaux fournis par l'UNICEF dans les DS et CSME visités. Les points vérifiés de ce tableau sont adaptés de « *Principe directeurs applicables au stockage des médicaments essentiels et autres fournisseurs médicales. OMS et JSI* ». Les réponses mentionnées dans le tableau ci-dessous sont issues des constats de la visite de ces différents magasins de stockage.

Il montre en effet que les conditions de stockage des produits au niveau des magasins de stockage des districts ne sont pas adaptées, notamment que :

- Il y a une absence de climatisation, aération et ventilation qui sont souvent défectueuses ou inadaptées. Aucun magasin visité ne pratique un monitoring régulier des températures;
- Aucun magasin ne possède un contrat d'assurance pour les produits stockés, et ne fait le traitement des nuisibles ;
- Aucun magasin ne dispose d'extincteur en état de fonctionner et de détecteur de fumée.
- Les espaces sont très étroits et souvent non-dédiés au stockage des produits de santé ; le mouvement y est compliqué, les emplacements ne sont pas bien identifiés et les intrants médicaux sont stockés le plus souvent sans racks ni palettes, dans des cartons empilés posés à même le sol ;
- Aucun magasin ne fait une gestion informatisée des produits de la gratuité des soins et les états de stock ne sont pas disponibles.

Tableau 7. Conditions de stockage Magasins des DS et CSME

Points vérifiés	Magasin DS Illéla (26.05.18)	Magasin DS Madaoua (28.05.18)	Pharmacie CSME Maradi (28.05.18)	Magasin DS Mayayi (31.05.18)
Procédures Opérationnelles Standardisées (POS)	NON	NON	NON	NON
Accès contrôlé	OUI	OUI	OUI	OUI
Niveau de l'entrepôt surélevé par rapport niveau du sol	NON	NON	NON	NON
Aération avec grille	NON	NON	N/A	N/A
Ventilation fonctionnelle	NON	NON	OUI	OUI
Climatisation fonctionnelle	NON	NON	NON	NON
Monitoring régulier de température	NON	NON	NON	NON
Luminosité adaptée	NON	NON	OUI	NON
Contrat d'assurance	NON	NON	NON	NON
Sortie de secours	NON	NON	NON	NON
Extincteurs en état de fonctionner	NON	NON	NON	NON
Détecteur de fumée	NON	NON	NON	NON
Nettoyage régulier	NON	NON	OUI	NON
Contrôle des nuisibles	NON	NON	NON	NON
Gestion informatique	NON	NON	NON	NON

Inventaire disponible	NON	NON	NON	NON
Fiches de stock	OUI	OUI	OUI	OUI
Racks / palettes de rangement	NON	NON	OUI	NON
Rangement FEFO	NON	OUI	OUI	NON
Espace suffisant	NON	NON	NON	NON
Emplacements des produits bien identifiés	NON	NON	OUI	NON
Mouvement fluide	NON	NON	Partiel	NON
Etanchéité	NON	OUI	OUI	NON

Source : d'après les constats des visites des évaluateurs

A noter qu'au DS de Dakoro, le magasin de stockage des produits UNICEF n'a pu être visité pour la simple raison que le responsable de ce magasin était absent le jour de la visite.

Au niveau de la pharmacie du CSME de Maradi, les produits nécessitant la chaîne de froid tels que l'ocytocine sont très mal conservés du fait d'une insuffisance de capacité de stockage :

- Le seul réfrigérateur disponible dans la pharmacie ne pouvant contenir tous les produits, le stock de l'ocytocine est conservé à température ambiante dans l'une des salles de la pharmacie, et au fur et à mesure que le réfrigérateur se vide, ce dernier est rechargé avec le stock d'ocytocine qui se trouvait à température ambiante,
- La chambre froide installée au sein de la pharmacie du CSME de Maradi n'a jamais été fonctionnelle depuis son installation à l'ouverture de centre en octobre 2014. Cette chambre froide a alors été transformée en un petit magasin de stockage.

c) Réception – Stockage – Gestion des stocks au niveau des CSI et CS

Les réceptions officielles sont organisées au niveau du CSI ou CS quand il s'agit des intrants du recouvrement de coûts et ce en présence des agents de la formation sanitaire et des membres du COGES.

Pour les produits fournis par l'UNICEF, étant donné que dans la majorité des cas, ce sont les CSI qui se déplacent vers les DS pour récupérer leurs produits, la réception est faite entre l'agent du CSI (infirmier, sage-femme ou ambulancier) et le point focal du domaine concerné (gratuité des soins, nutrition...) au niveau du DS. Les documents de réception sont soit des BL, soit des accusés de réception ou des états de répartition.

Le même cas de figure est observé avec les CS qui doivent aussi se rendre au niveau des CSI pour chercher leur dotation en produits (gratuité des soins, relais communautaire).

Pour les cas particuliers, il y a un appui du CSI par un autre partenaire intervenant dans l'aire de santé, le partenaire transporte les produits du DS au CSI et les réceptions sont faites alors au niveau du CSI.

Au niveau des CSI, les produits sont stockés sur des étagères dans la salle à usage de pharmacie. Certaines insuffisances relevées au niveau des DS se retrouvent aussi au niveau des CSI notamment l'absence de Procédures Opérationnelles Standardisées, l'absence de monitoring de la température, l'absence de dispositif anti-incendie et la gestion des stocks non informatisée. Concernant les CS, tous les produits sont rangés dans une armoire métallique qui n'est pas nettoyée de façon régulière ; les produits sont le plus souvent disposés pêle-mêle.

d) Produits UNICEF périmés dans les formations sanitaires

La situation des produits UNICEF de la gratuité de soin qui sont périmés dans les formations sanitaires visitées est présentée dans le tableau ci-dessous. A noter qu'il s'agit uniquement des produits périmés trouvés dans la formation sanitaire le jour de passage de la mission.

Tableau 8. Produits gratuité de soins d'UNICEF périmés

Produits	Cdt	Prix d'achat	Quantité périmée	Date Expiration	Valeur des Périmés	Formation sanitaire
Acide folique 5mg, comprimés	B/1000	\$ 4.27	233	Apr-18	\$ 995.96	DS Illéla
Albendazole 400mg	B/1000	\$ 2.18	1	Feb-17	\$ 2.18	DS Illéla
Benzyl benzoate 25% lotion	BOT-1000ml	\$ 2.30	1	Apr-16	\$ 2.30	DS Illéla
Ceftriaxone 250 mg poudre injectable	B/50	\$ 10.54	6	Aug.17 Nov.17	\$ 63.23	DS Illéla DS Madaoua
Fer 60mg + Acide Folique 4 mg, comprimé	B/1000	\$ 6.02	1	Nov-17	\$ 6.02	DS Illéla
Mébéndazole 500mg, comprimé	B/1000	\$ 2.45	4	Jun-16	\$ 9.79	DS Illéla
SD Bioline Mal Pf (HRP2),	kit/25 Tests	\$ 11.45	1	Aug-17	\$ 11.45	DS Illéla
SRO 20,5g/L, sachet	P/100	\$ 6.18	3.2	Dec-17	\$ 19.78	DS Illéla
Zinc 20mg comprimés	B/100	\$ 1.43	7	May-18	\$ 9.98	CSI Kornaka
Artemether20+ Luméfántrine 120, Blister 6	B/30 blisters	\$ 12.22	2	Nov-17	\$ 24.44	CSI Tckaké
Total					\$ 1,145.13	

Source : Liste de produits périmés fournie par le gestionnaire de stock et Fiches de stock consultées.

La valeur des produits périmés UNICEF dans les formations sanitaires visitées est donc estimée à 1'145.13 USD, ce qui est très bas.

D'une manière générale, les péremptions de produits sont consécutives à :

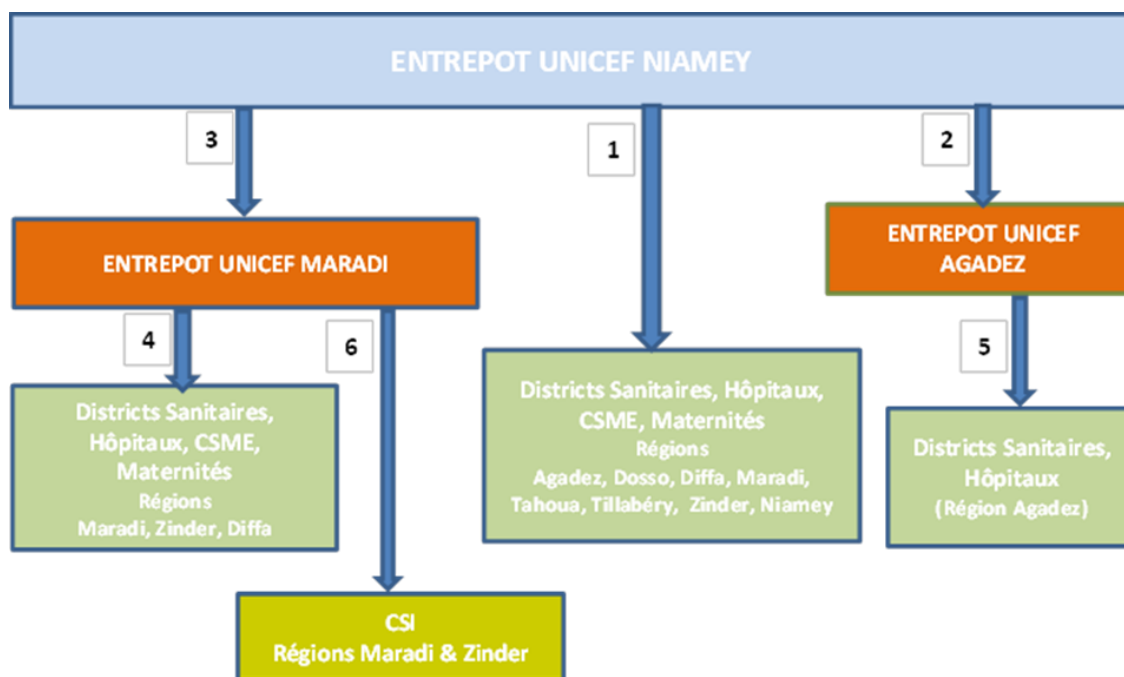
- L'absence de gestion intégrée au niveau des districts sanitaires des produits reçus des partenaires, ce qui ne permet pas une rotation des stocks,
- L'absence d'une gestion informatisée des stocks au niveau des districts sanitaires (l'informatisation des stocks a l'avantage de visualiser les alertes de péremptions et de faciliter les redéploiements/transferts de stocks),
- La livraison parfois, par les partenaires (autres que l'UNICEF) aux districts sanitaires de produits proches de la péremption (les produits sont parfois livrés à seulement 3 mois de péremption en des quantités ne pouvant être utilisées avant péremption).

4.1.3 Distribution des intrants médicaux

a) Circuit de distribution

Le circuit de distribution des intrants médicaux de l'UNICEF est représenté dans la figure suivante :

Figure 2. Circuit de distribution des intrants médicaux de l'UNICEF



Les intrants médicaux sont distribués de l'entrepôt central de l'UNICEF à Niamey vers les magasins de stockage des DS, des hôpitaux, des maternités et des CSME de toutes les régions du pays ; ce premier circuit reste le schéma classique utilisé par l'UNICEF (1). Les produits peuvent aussi transiter d'abord par les deux magasins des bureaux de zone de l'UNICEF (2 et 3) basés à Agadez et Maradi avant d'être acheminés dans les formations sanitaires (4 et 5). Dans un souci de rapprocher les produits des patients, un nouveau circuit comme une première expérience de « dernier kilomètre » a été mis en place par l'UNICEF au cours du dernier trimestre 2017 dans les régions de Maradi et Zinder, avec pour objectif d'assurer l'acheminement des produits des DS vers les CSI (6). Cette approche avait été présentée aussi dans les recommandations sur la refonte de la chaîne d'approvisionnement au Niger. Et selon le document sur la stratégie nationale d'approvisionnement des produits de santé 2018 – 2022 de la DPHMT (qui est encore à l'état d'ébauche et qui devait se baser sur le rapport du diagnostic de la chaîne d'approvisionnement nationale), le principe retenu pour la distribution des produits de santé est la livraison des produits des dépôts centraux et régionaux jusqu'au niveau des DS et des CSI (livraison aux CSI en passant par les régions). Cette expérience pilote de l'UNICEF va donc dans le sens de la future stratégie nationale de distribution des produits de santé et le passage à l'échelle d'une telle approche va nécessiter un financement conséquent pour assurer la dotation initiale en équipement, le recrutement de ressources humaines et la construction de magasins de stockage : le coût de lancement est estimé à 1,35 milliard de FCFA et les coûts récurrents annuels entre 650 et 760 millions de FCFA⁸

Mais pour l'instant, dans la majorité des cas, la distribution des produits de santé des DS vers les CSI est gérée par les CSI à l'aide des moyens se trouvant à leur disposition (ambulances lors d'évacuation de malades, mission au niveau du DS...).

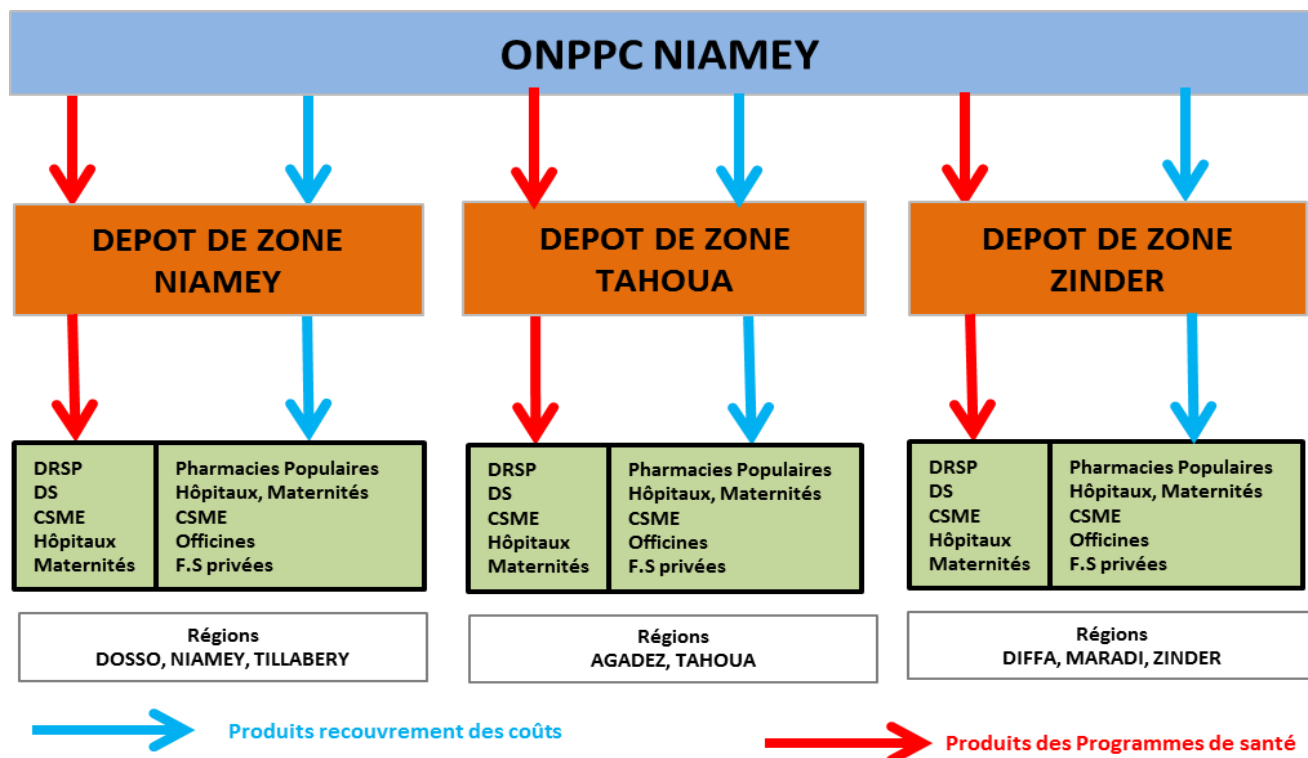
Circuit de distribution de l'ONPPC

Ce circuit est présenté au niveau de la figure suivante et représente la chaîne de distribution nationale actuelle en attendant l'application de la nouvelle stratégie de distribution qui vient

⁸ 20171124_Niger_Refonte_Chaine_Appro_rapport_final.pdf

d'être validée pour donner suite au diagnostic de la chaîne d'approvisionnement réalisé en novembre 2017.

Figure 3. Circuit de distribution de l'ONPPC



L'ONPPC s'occupe de la gestion de ses propres produits (produits recouvrements des coûts) et aussi de celle de certains programmes de santé, notamment le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la santé de la reproduction et les maladies tropicales négligées. A ce titre, elle dispose de 3 dépôts de zone localisés à :

- Niamey pour couvrir les besoins en intrants médicaux des régions de Dosso, Niamey et Tillabéry
- Zinder pour couvrir les besoins en intrants médicaux des régions de Diffa, Maradi et Zinder
- Tahoua pour couvrir les besoins en intrants médicaux des régions de Tahoua et Agadez

Les produits des programmes une fois qu'ils quittent l'entrepôt central de l'ONPPC, transitent par les dépôts de zone avant d'être livrés soit à la DRSP (cas des produits de la tuberculose), soit aux pharmacies des districts sanitaires, soit aux pharmacies des formations sanitaires de référence nationale (hôpitaux nationaux ou régionaux, maternités, centres de santé de la mère et de l'enfant).

Quant aux produits de l'ONPPC destinés au recouvrement des coûts, après les dépôts de zone, ils sont envoyés soit dans les pharmacies populaires qui sont les points de vente de l'ONPPC au niveau périphérique (départements) qui desservent les DS, les CSI les CS ou qui dispensent aux patients qui se présentent directement à la pharmacie populaire, soit vendus aux formations sanitaires et pharmacies privées ou formations sanitaires de référence nationale.

Dans ces deux cas de figure (produits ONPPC et produits programmes), l'acheminement des produits est réalisé en utilisant la logistique propre à l'ONPPC.

Comparaison entre le Circuit de l'UNICEF et celui de l'ONPPC

En ne considérant que les produits des programmes, du point de vue structuration, les deux circuits sont semblables car l'entrepôt central UNICEF peut être assimilé à l'ONPPC central ; les entrepôts des bureaux de zone UNICEF aux dépôts de zone ONPPC.

Les points de livraison finale sont identiques (DS et structures sanitaires de référence nationale).

Pour l'acheminement des produits, le circuit UNICEF utilise les transporteurs privés dont les convoyeurs ont très peu de connaissances sur les intrants médicaux tandis que l'ONPPC utilise sa propre logistique avec un personnel bien avisé sur la manipulation des médicaments, ce qui implique par conséquent plus de sûreté dans la préservation de la qualité des produits durant le transport.

Le circuit UNICEF permet de mobiliser très rapidement des moyens logistiques pour l'acheminement des produits dans les DS (contrats avec plusieurs transporteurs privés), ce qui n'est pas le cas de l'ONPPC au regard de sa faible capacité en matériels roulants (à noter que le gap actuel est estimé selon l'ONPPC à 5 camions de 25 tonnes et 6 camionnette de 1,5 tonne⁹).

b) Le réapprovisionnement des formations sanitaires

Selon les informations collectées lors des visites dans les formations sanitaires, les demandes de réapprovisionnement en produits de gratuité de soins sont établies trimestriellement par les DS qui les transmettent le plus souvent directement par mail à l'UNICEF (section survie). Ces demandes qui prennent en compte aussi les besoins des CSI, sont rarement transmises aux DRSP avant expédition à l'UNICEF. Même quand elles sont transmises aux DRSP, celles-ci ne font pas une compilation des besoins de l'ensemble des DS, ils les transmettent telles que reçues à l'UNICEF.

Il faut souligner que les pharmaciens en place au niveau des DRSP, conformément à la mission qui leur a été confiée par la DPHMT, sont chargés d'assurer la coordination de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques et consommables de laboratoires dans la région et de veiller à la gestion des dons des produits de santé. A ce titre ces pharmaciens doivent aussi :

- Evaluer les besoins en produits pharmaceutiques et consommables de laboratoire de la région,
- Centraliser, analyser et interpréter les données sur les commandes des districts sanitaires de la région,
- Compiler les rapports de réception des dons effectués dans les départements et communes.

Sur cette base, toutes les demandes de réapprovisionnement formulées par les DS, devraient être adressées d'abord au pharmacien régional pour analyse et traitement avant leur transmission à l'UNICEF. Cette procédure n'est malheureusement pas respectée par simple ignorance de celle-ci par les DS.

c) Les plans de distribution

Au niveau de l'UNICEF, les cycles de distribution sont parfois conditionnés par les requêtes reçues des DS, mais le système de distribution en place est de type push. L'information sur les quantités de produits expédiées dans les DS par l'UNICEF, n'est partagée ni avec la

⁹ Présentation Réunion d'échange ONPPC et PTF sept 2015JPO (3).pptx

DPHMT, ni avec les DRSP, alors que les attributions des pharmaciens régionaux indiquent bien leur participation à la réception des dons des produits pharmaceutiques et consommables de laboratoire faits à la région.

Au niveau des DS, il existe juste des plans de répartition des intrants médicaux destinés à la gratuité des soins ou aux relais communautaires. Il s'agit du même cas de figure au niveau des CSI. Les DS ne font pas de distribution vers les CSI et les CSI n'ont plus ne font pas de distribution vers les CS.

d) Les moyens de transport

L'UNICEF a recours aux camions des transporteurs privés pour assurer l'acheminement des produits de santé dans les DS. Ces transporteurs privés sont sélectionnés par l'UNICEF sur la base d'un appel d'offre. De ce fait, ces derniers doivent rester disponibles à chaque sollicitation de l'UNICEF en lien avec le transport des intrants médicaux des entrepôts de l'UNICEF vers les DS ou autres formations sanitaires publiques. Un accord avec des transporteurs présélectionnés de l'UNICEF est signé et renouvelé tous les 2 ans sur la base d'un nouvel appel d'offre. Ces transporteurs privés disposent en général d'une flotte permettant de soutenir les activités de distribution des intrants médicaux et ont pour la plupart réalisé des prestations de services de transport pour des ONGs, et autres organisations des Nations Unies (Programme Alimentaire Mondial (PAM) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (ONUAA).

Concernant le circuit de distribution des intrants médicaux des DS vers les CSI mis en place par l'UNICEF dans les régions de Maradi et Zinder, le transport des intrants est aussi effectué par des transporteurs privés. A noter que l'UNICEF n'a pas de contrats avec ces transporteurs qui sont plutôt liés aux DRSP. Les ordres de transport sont émis par les DS et les accusés de réception signés par les récipiendaires au niveau des CSI. Une fois les factures certifiées par la DRSP, celle-ci fait une demande de financement pour leur paiement que l'UNICEF met à leur disposition. Selon les informations collectées au niveau des DS (Dakoro et Mayayi) et de certains prestataires, les véhicules utilisés sont adaptés pour le transport des médicaments dans les zones concernées et des précautions sont aussi prises pour protéger les produits transportés de la pluie et des rayons solaires (utilisation de bâches). Il faut noter que dans ce dispositif, les plans de distribution sont établis par le DS et remis au transporteur privé. La facture émise par le transporteur est d'abord signée par le DS avant transmission au bureau de l'UNICEF Maradi qui se charge de la transmettre à son tour au bureau UNICEF Niamey. Ce nouveau circuit a débuté en octobre 2017 et au mois de février 2018, les approvisionnements ont été mis en stand-by, le temps de régulariser les factures, vu que les paiements des services prestés ne sont pas finalisés. Mais le système ne s'est pas arrêté :

- DS de Dakoro : les 3 factures de 2017 (octobre à décembre) ont été payées par l'UNICEF ; cependant pour les 2 factures de 2018 (janvier et février), elles ont été transmises à l'UNICEF mais jusqu'à fin mai 2018, le prestataire n'avait pas encore été payé.
- DS de Mayayi : 2 factures ont été payées, il reste une 3^{ème} facture pour laquelle les documents attestant le service rendu ne sont même pas encore transmis à l'UNICEF jusqu'à fin mai 2018.

Il faut souligner que dans les deux cas de figure (transport UNICEF vers DS et DS vers CSI), le chargement et le déchargement des camions sont inclus dans la prestation du transporteur. La facturation du transport est faite par tonnage et sur la base des prix arrêtés par axe de distribution lors de l'appel d'offre.

e) Les délais de livraison pour la distribution organisée par l'UNICEF

Délais entre la date de commande par la formation sanitaire et la date de livraison des produits par UNICEF

Les demandes de réapprovisionnement ne sont pas archivées au niveau de la plupart des magasins de stockage des DS visités, par conséquent il n'a pas été possible d'établir la durée moyenne écoulée entre la date à laquelle la commande a été passée par le DS et la date à laquelle elle a été livrée au DS.

Délai de livraison des entrepôts UNICEF vers les magasins des DS

Les demandes de réapprovisionnement formulées par les DS sont traitées au niveau de l'UNICEF (sections survie et supply). Concernant le cas spécifique du DS de Mayayi pour lequel la majorité des bordereaux de livraison de l'UNICEF étaient disponibles au niveau de la pharmacie du fait d'une centralisation de la gestion des intrants médicaux à la pharmacie du DS et d'un archivage acceptable, il a été constaté qu'en 2017 :

- Le délai moyen écoulé entre l'émission du release order (RO) et le chargement des camions était de 5 jours,
- Le délai moyen écoulé entre l'émission du RO et la livraison des produits était de 12,5 jours,
- Le délai moyen écoulé entre le chargement des camions et la livraison des produits à ce DS était de 7,2 jours.

Ces délais sont calculés en prenant en compte les chargements à partir des entrepôts UNICEF de Niamey et Maradi.

Par ailleurs il a été relevé sur certains waybill, que des produits pharmaceutiques à moins d'un mois de péremption ont été livrés au DS de Mayayi par l'UNICEF, il s'agit du Zinc 20mg, comprimé B/100 : 498 boîtes avec comme date de péremption 31.10.2017 ont été livrés le 05.10.2017 (Cf. WB 72184219). Aussi d'importants stock d'Amoxicilline 250 mg, B/100 comprimés dispersibles (4988 B/100, ont été livrées à 3 mois de péremption (expiration 09.2017, livraison 14.06.17 ; WB 72176636). Le DS a continué la distribution de ce lot de produit dans les CSI jusqu'en début septembre 2017. Il faut malheureusement signaler que dans le CSI de Tchaké, l'Amoxicilline 250mg comprimés dispersibles dont la date de péremption est 30.09.2017, comme le mentionne les fiches de stock de ce CSI, a continué à être utilisée au-delà cette date de péremption.

Délai de livraison des magasins des DS vers les pharmacies des CSI (cas des transporteurs locaux)

Les CSI de Tchaké (DS Mayayi) et de Kornaka (DS Dakoro) ont été visités, ces derniers avaient bénéficié des services des transporteurs locaux désignés par l'UNICEF pour le compte des DS. Aux vues de la documentation disponible, le calcul des délais de livraison du DS vers le CSI n'a pas été possible pour les raisons suivantes :

- CSI Tchaké : les bordereaux de livraison (BL) trouvés ne portent pas de référence, on n'y retrouve que les dates de commande, les dates de réception/livraison des produits ne sont pas mentionnées sur ces BL ;
- CSI Kornaka : les bordereaux de livraison trouvés concernent essentiellement les livraisons des aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (ATPE) ; l'unique BL retrouvé et qui porte des médicaments de l'UNICEF n'est pas signé ; les informations sur l'expéditeur et le réceptionnaire ne sont pas renseignées ; par ailleurs, la description

des produits est incomplète (dosage, conditionnement, date de péremption, numéro de lot.)

D'après des entretiens avec les représentants des transporteurs, le délai pour livrer les intrants dans tous les CSI du DS de Mayayi varie entre 2 à 3 jours.

f) Les délais de livraison pour la distribution organisée par l'ONPPC

Selon le document « Coût de distribution des produits du PNLN dans les Districts Sanitaires pour une rotation » fourni par l'ONPPC, les délais de livraison des intrants médicaux à partir des entrepôts ONPPC vers l'ensemble des DS du pays s'élèvent à 59 jours pour 11 axes, soit une moyenne de 5.4 jours par axe.

En comparant avec le circuit de l'UNICEF, pour le cas spécifique de l'axe qui inclut le DS de Mayayi, le délai de livraison communiqué par l'ONPPC reste inférieur à celui réalisé par l'UNICEF. Il faut toutefois préciser que le chiffre de l'ONPPC reste théorique tandis que celui de l'UNICEF est basé sur le réel (documents de livraison).

g) Les coûts de distribution des intrants médicaux

Coûts de distribution réalisés par l'UNICEF

Ces coûts sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9. Coûts estimatifs de distribution des intrants médicaux de la Gratuité

Groupe de produits	2014	2015	2016	2017	Total (USD)
Kit de Test de Diagnostic	219,061	99,320	148,543	81,820	548,744
Kits médicaux	3,591	185,713	123,267	39,129	351,699
Médicaments	1,233,717	2,068,381	1,406,034	1,722,491	6,430,624
Total valeur produits distribués (USD)	1,456,369	2,353,414	1,677,844	1,843,440	7,331,067
% coût de distribution par rapport valeur d'achat des intrants	2.01%	2.70%	3.08%	3.66%	
Coûts estimatifs de distribution des produits mis à la disposition des Districts Sanitaires (USD)	29,273	63,542	51,678	67,470	211,963

Source : Données établies à partir des informations fournies par la section Supply de l'UNICEF.

L'année 2018 n'a pas été prise en compte vu que les distributions réalisées concernaient la période de janvier à avril 2018 au moment de l'étude.

Les pourcentages de coût de distribution par rapport à la valeur d'achat des intrants ont été calculés sur la base des informations fournies par la section supply de l'UNICEF (Cf. « Informations demandées Sections Procurement_Supply 05-06-2018-1.docx » et « catégories ACHATS INTRANTS SANTE-NUTRITION 2014-2018 vf-révisé.xlsx »).

Il faut préciser que sur la période 2014 à 2017, les montants investis par l'UNICEF dans la distribution des produits de la gratuité des soins sont estimés à 211'963 USD.

Coûts de distribution réalisés par l'ONPPC

Il faut rappeler que dans le cadre des activités de lutte contre le paludisme, l'ONPPC assure la distribution des intrants de lutte contre le paludisme, de ses entrepôts aux différents DS de l'ensemble du pays. Les coûts de distribution sont supportés par CRS qui est le bénéficiaire principal de la subvention paludisme du Fonds mondial.

Il faut souligner que dans le cadre des subventions du Fonds mondial, comme support à la distribution des produits de santé, l'ONPPC a pu bénéficier de :

- Réaménagement, réhabilitation et construction de magasins / dépôts au niveau central et périphérique
- Financement cabinet d'étude architecturale et suivi des travaux
- Equipement des magasins de stockage en mobiliers et matériel informatique
- Fourniture de 3 groupes électrogènes
- Acquisition de 3 congélateurs verticaux
- 2 véhicules station wagon 6 CYLINDRES
- Mobilier de bureau et équipements IT
- Prise en charge des salaires de certains personnels (chauffeurs, manutentionnaires, gardes, etc.)
- 03 chambres froides de 40m³ pour les dépôts de zone de Tahoua et Agadez et ONPPC central
- 1 camion frigorifique 4.5 tonnes
- Mise à niveau des magasins de stockage. »

Selon l'entretien avec CRS tenu aussi le 06 juin 2018, le montant forfaitaire d'une rotation était de 5'750'000 FCFA de 2014 à 2017. Ce montant passe à 13'921'230 FCFA par rotation à partir de 2018 (cf. détail par axe et poste de dépense dans le document « Coût de distribution des produits du PNLP dans les Districts Sanitaires pour une rotation »). Pour 2018, ce document détaille tous les coûts de distribution (carburant, perdiems chauffeurs et main d'œuvre, frais de manutention, péage routier, entretien et maintenance). L'amortissement des moyens de transport n'est pas pris en compte ce qui tend à sous-estimer les coûts de distribution réellement supportés par l'ONPPC.

Selon l'ONPPC, le nombre de rotations par année se présente comme suit : 2 en 2014 ; 2 en 2015 ; 4 en 2016 ; 4 en 2017 et 4 en 2018.

Sur la période 2014-2018, le coût total de distribution des intrants médicaux des entrepôts de l'ONPPC vers les DS (FCFA) se présente comme suit :

Tableau 10. Coût annuel de distribution des entrepôts de l'ONPPC vers les DS

Année	Coût de distribution des intrants médicaux des entrepôts de l'ONPPC vers les DS (FCFA / rotation)	Nombre de rotation	Coût total de distribution des intrants médicaux des entrepôts de l'ONPPC vers les DS (FCFA)	Taux de change USD/FCFA fin de période selon UN Opérationnel Rates of Exchange	Coût total de distribution des intrants médicaux des entrepôts de l'ONPPC vers les DS (USD)
2014	5 750 000	2	11 500 000	538	21 368
2015	5 750 000	2	11 500 000	600	19 180
2016	5 750 000	4	23 000 000	627	36 694
2017	5 750 000	4	23 000 000	549	41 894
2018	13 921 230	4	55 684 920	556	100 104
Total			124 684 920		219 238

Source : Données établies à partir des informations fournies par l'ONPPC (Coût de distribution des produits du PNLP dans les Districts Sanitaires pour une rotation)

Comparaison des coûts de distribution des produits de santé UNICEF vs ONPPC

Le tableau 11 reprend les coûts annuels convertis en USD sur la période 2014-2018.

Tableau 11. Comparaison des coûts de distribution entre UNICEF et l'ONPPC

Année	Coût estimatif de distribution des intrants médicaux* des entrepôts de l'UNICEF vers les DS (USD) 1	Coût total de distribution des intrants médicaux ** des entrepôts de l'ONPPC vers les DS (USD) 2	Variance (1) - (2)	Ratio (1) / (2)
2014	29,273	21,368	7,905	1.4
2015	63,542	19,180	44,362	3.3
2016	51,678	36,694	14,984	1.4
2017	67,470	41,894	25,576	1.6
2018		100,104		
Total 2014 - 2017 (USD)	211,963	119,136		

Source : Données établies à partir des informations fournies par la section Supply de l'UNICEF.

(*) *Concerne les intrants tels que les Kits de Test de Diagnostic Rapide malaria et les bandelettes de tests urinaires , Kits médicaux (kit obstétrique-chirurgical et kit d'accouchement) et Médicaments (paludisme, diarrhée, infections respiratoires, anémie, TPI)*

(**) *Concerne les médicaments antipaludiques (CTA) et kits de Tests de Diagnostic Rapide malaria (TDR malaria).*

Sur la période 2014 – 2017, les coûts de distribution des intrants médicaux supportés par l'UNICEF se sont élevés à 211'963 USD contre 119'238 USD pour ceux facturés par l'ONPPC pour la distribution des intrants de lutte contre le paludisme financés par le Fonds mondial dans l'ensemble des DS du pays. Concernant l'ONPPC, on observe qu'en 2018, il y a eu la revalorisation des frais de distribution facturés, qui n'intègrent toutefois toujours pas l'amortissement des moyens de transport. Pour l'UNICEF, l'année 2018 n'a pas été prise en compte vu que les distributions réalisées concernaient la période de janvier à avril 2018 au moment de l'étude.

Cette comparaison a été traitée sur la base des documents Word ou Excel reçus de l'UNICEF et de l'ONPPC. Les poids des intrants du programme paludisme transportés et distribués par l'ONPPC sur la période citée, n'étaient pas disponibles. Si ces informations avaient été obtenues, cela aurait permis d'affiner la comparaison des coûts de distribution réalisés par ces deux entités, vu que l'UNICEF rémunère les transporteurs engagés sur la base du tonnage de produits transportés.

4.1.4 Traçabilité des produits médicaux

Cette partie traite de la traçabilité du flux des intrants médicaux des entrepôts de l'UNICEF aux formations sanitaires d'une part, et d'autre part des formations sanitaires aux bénéficiaires finaux que sont les patients de la cible gratuité des soins.

a) Des entrepôts de l'UNICEF vers les magasins des DS

Les livraisons par l'UNICEF des produits de santé dans les DS sont matérialisées par des waybill (WB) ou des BL. Des échantillons de BL ou WB retrouvés au niveau des DS visités ont été analysés. Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous sont en lien avec les produits de la gratuité des soins.

Cohérences expédition vs réception (UNICEF >> DS)

Tableau 12. Conformité en produits expédiés et produits réceptionnés

Formations Sanitaires	Numéro Waybill	Waybill/BL "reçue conforme"	Nombre total de produits expédiés	Nombre de produits expédiés reçus conformes au Waybill/BL	% de produits reçus conformes	% de Waybill/BL dont les produits reçus conformes
DS Illéla	Les bordereaux de livraison trouvés dans la pharmacie de ce DS étaient en lien avec les intrants de la nutrition				Non Applicable	Non Applicable
DS Bagaroua	Les bordereaux de livraison trouvés dans la pharmacie de ce DS étaient en lien avec les intrants de la nutrition				Non Applicable	Non Applicable
DS Dakoro	Le magasin de stockage et les documents de livraison n'étaient pas accessibles le jour de l'entretien avec l'équipe cadre du district				Non Applicable	Non Applicable
DS Madaoua	72203140	OUI	5	5	100%	100%
DS Mayayi	72179688	OUI	11	11	100%	100%
	72163441	OUI	2	2		
	72178892	OUI	1	1		
	72176636	OUI	6	6		
CSME_Maradi	72130769	OUI	1	1	97%	83%
	72191514	OUI	21	21		
	72168693	NON	22	19		
	72153683	OUI	8	8		
	72179717	OUI	51	51		
	72191803	OUI	2	2		
Moyenne					99%	94%

Source : Données établies à partir des informations fournies par la section Supply de l'UNICEF et des documents de réception consultés dans les pharmacies des formations sanitaires visitées.

Le pourcentage des produits de la gratuité de soins reçus conformes au bon de livraison dans les formations sanitaires varie entre 97% et 100%. Dans les DS de Madaoua et Mayayi ce taux est de 100%. Et la proportion de Waybill/BL dont les produits sont reçus conformes est comprise entre 100% et 83%. Ces taux sont obtenus sur la base d'un échantillon de 11 WB et BL accessibles et en lien avec les produits de la gratuité des soins.

A noter que pour les DS de Bagaroua et Illéla, tous les WB et BL retrouvés sur place étaient en lien avec les produits de la nutrition. Ces WB et BL ont donc été exclus du compte.

Au DS de Dakoro, le gestionnaire des stocks étant absent, les documents de réception n'étaient pas accessibles

A noter que l'unique non-conformité relevée au niveau du CSME de Maradi était en rapport avec un manquant de produits ; les quantités livrées se trouvent en deçà des quantités mentionnées sur le Waybill.

Traçabilité des réceptions sur les Fiches de stock

Concernant les produits de la gratuité des soins, dans le CSME de Maradi et les DS de Madaoua et Mayayi, pour les quelques WB sélectionnés (au nombre de 3), les quantités de produits qui y figurent sont pour la plupart rapportées sur les fiches des stocks.

b) Des magasins des DS vers les CSI

Cohérences expédition vs réception (DS >> CSI)

La proportion de produits reçus conforme au BL est indiquée dans le tableau suivant.

Tableau 13. Cohérences entre expédition et réception du DS vers le CSI

Formations Sanitaires	Numéro Bordereau de Livraison	Dates inscrites sur BL	Bordereau de Livraison reçu conforme	Nombre total de produits expédiés (selon BL)	Nombre de produits expédiés reçus conformes au BL	% de produits reçus conformes	% de BL dont les produits reçus conformes
CSI Tckaké	Non disponible	13-01-17	OUI	1	1	100%	100%
	Non disponible	24-10-17	OUI	10	10		
	Non disponible	18-11-17	OUI	4	4		
	Non disponible	16-01-18	OUI	10	10		
	Non disponible	27-03-18	OUI	2	2		
	Non disponible	16-04-18	OUI	1	1		
CSI Kornaka	Tous les bordereaux de livraison trouvés dans ce CSI, le jour de la visite étaient en lien avec les aliments thérapeutiques						
CSI Takorka	Bordereaux de Livraison non accessibles le jour de l'entretien avec le personnel du CSI						

Source : d'après les observations faites suite à la consultation des BL dans les CSI

Pour le CSI de Tchaké, tous les produits réceptionnés correspondent aux quantités mentionnées sur le BL.

Traçabilité des réceptions sur les Fiches de stock (CSI)

Sur un lot de 16 produits confirmés comme reçus du DS, 15 ont effectivement été mis sur les fiches de stock. Ce constat concerne les CSI de Tchaké et de Takorka.

4.1.5 Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires

a) Vérification des ruptures de stock au niveau des districts sanitaires

Parmi les DS visités, ceux ayant connu des ruptures de stocks en 2017 sont les DS de Illéla et Madaoua. Les produits ayant fait l'objet de rupture de stock sont les tests de diagnostic rapide paludisme et l'amoxicilline 250mg dispersible. L'information sur le DS de Dakoro n'a pu être vérifiée parce que le responsable du magasin dans lequel se trouvaient les médicaments UNICEF était absent. La situation est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 14. Présentation des ruptures de stock dans les Districts Sanitaires

Produits traceurs	Nombre et proportion de produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours de l'année 2017				
	DS Illéla	DS Madaoua	CSME Maradi	DS Dakoro	DS Mayayi
Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, comprimé	NON	NON	NON	Non vérifié	NON
Test de Diagnostic Rapide Malaria	OUI	OUI	NON	Non vérifié	NON
Zinc 20 mg, comprimé	NON	NON	NON	Non vérifié	NON
Sels de Réhydratation Oral (SRO) 20,5 g, sachet	NON	NON	NON	Non vérifié	NON
Amoxicilline 250mg et	OUI	OUI	NON	Non vérifié	NON
Amoxicilline 500mg, comprimé ou capsule	NA	NA	NON	Non vérifié	NON
Ceftriaxone injectable 250 mg, et Ceftriaxone injectable 1 g, flacon	NON	NON	NON	Non vérifié	NON
Sulfadoxine 500mg +Pyrimethamine 25mg comprimé	NON	NON	NON	Non vérifié	NON
Fer 60mg + Acide Folique 4 mg, comprimé	ND	NON	NON	Non vérifié	NON
Albendazole 400mg et Mebendazole 500mg comprimé	ND	NON	NON	Non vérifié	NON
	29%	22%	0%		0%

Source : Entretien avec les gestionnaires des stocks et consultation des fiches de stock.

Vérification des ruptures de stock au niveau des CSI

Tous les CSI visités ont connu en 2017 au moins une rupture d'un produit traceur. Le CSI de Kornaka présente le taux de rupture le plus élevé, 33%.

Tableau 15. Présentation des ruptures de stock dans les CSI

Produits traceurs	CSI Bagaroua	CSI Takorka	CSI Kornaka	CSI Tchaké
Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, comprimé	OUI	NON	OUI	NON
Test de Diagnostic Rapide_Malaria	NON	NON	OUI	NON
Zinc 20 mg, comprimé	NON	NON	OUI	NON
Sels de Réhydratation Oral (SRO) 20,5 g, sachet	NON	NON	NON	NON
Amoxicilline 250mg et	OUI	OUI	NON	OUI
Amoxicilline 500mg, comprimé ou capsule	NA	NA	NA	NA
Ceftriaxone injectable 250 mg, et Ceftriaxone injectable 1 g, flacon	NON	OUI	NON	OUI
Sulfadoxine 500mg +Pyrimethamine 25mg comprimé	NON	NON	NON	NON
Fer 60mg + Acide Folique 4 mg, comprimé	NON	NON	NON	NON
Albendazole 400mg et Mebendazole 500mg comprimé	NON	NON	NON	NON
	22%	22%	33%	22%

Source : D'après les entretiens avec les gestionnaires des stocks et consultation des fiches de stock

Vérification des ruptures de stock au niveau des CS

Tous les CS visités ont connu en 2017 au moins une rupture d'un produit traceur. La rupture de stock concerne les CTA et l'amoxicilline 250mg dispersible.

Tableau 16. Présentation des ruptures de stock dans les CS

Produits traceurs	CS Akassou I	CS Jaja	CS Doukou Doukou
Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, comprimé	OUI	OUI	OUI
Test de Diagnostic Rapide_Malaria	OUI	NON	NON
Zinc 20 mg, comprimé	NON	NON	NON
Sels de Réhydratation Oral (SRO) 20,5 g, sachet	NON	NON	NON
Amoxicilline 250mg et	OUI	OUI	OUI
Amoxicilline 500mg, comprimé ou capsule	NA	NA	NA
Sulfadoxine 500mg +Pyrimethamine 25mg comprimé	NON	NON	OUI
Fer 60mg + Acide Folique 4 mg, comprimé	NON	NON	NON
Albendazole 400mg et Mebendazole 500mg comprimé	NON	NON	NON
	38%	25%	25%

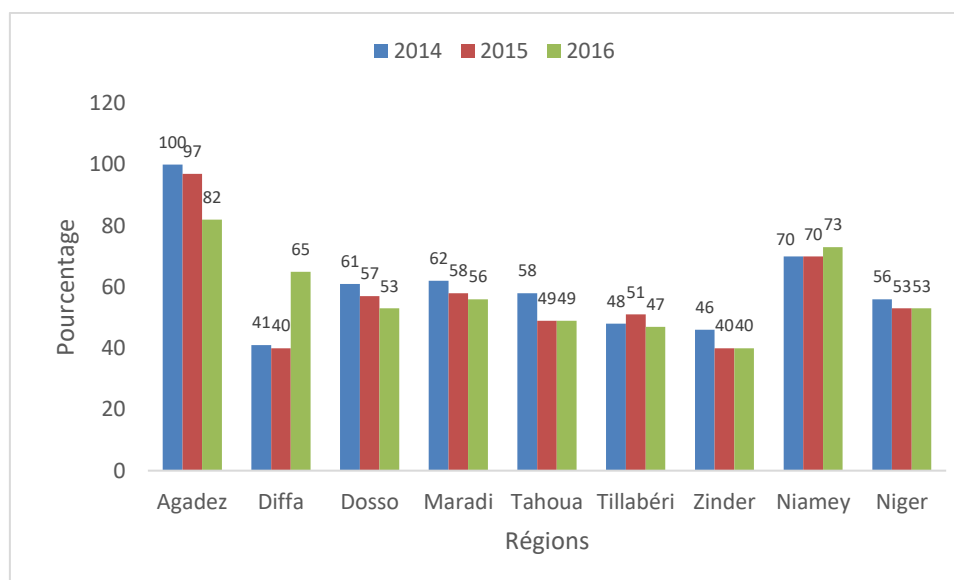
Source : Entretien avec les gestionnaires des stocks et consultation des fiches de stock ou registres de consultation

4.2 L'utilisation des services et la morbidité

4.2.1 L'utilisation des services

Concernant les indicateurs de **l'utilisation des services**, la fréquentation des formations sanitaires sur la période 2014 – 2016 est présentée dans la figure suivante :

Figure 4 : Taux d'utilisation des formations sanitaires



Source : Annuaire Statistique SNIS 2014, 2015, 2016

Il ressort qu'au niveau des districts sanitaires, aucune tendance régulière ne se dessine entre 2014 et 2016. Les taux d'utilisation sont particulièrement hauts à Agadez bien qu'il y ait une baisse entre 2014 et 2016 et peuvent être jusqu'à deux fois supérieurs à ceux d'autres régions. Ainsi, Zinder, Tillabéri et Diffa ont les plus faibles taux d'utilisation qui peuvent être sous la barre des 50% ce qui signifie que moins de la moitié de la population a utilisé la formation sanitaire au moins une fois au cours de l'année de référence. Les raisons à cette faible utilisation des formations sanitaires dans ces régions mais plus généralement dans l'ensemble du Niger, peuvent être multiples et la gratuité des soins à elle seule ne permet pas d'expliquer ces tendances : en effet, certains facteurs non spécifiquement liés au secteur de la santé comme le faible niveau de l'éducation, les conditions de vie précaires, l'accès autant géographique, socio-culturel et financière limité aux structures de santé, etc. peuvent être autant de barrières à l'accès aux services de santé.

4.2.2 La morbidité

a) Indicateurs de morbidité des enfants

Pour ce qui est de la **morbidité des enfants**, le paludisme reste de loin la principale cause de morbidité avant 5 ans au Niger et selon les régions, le nombre de cas varie beaucoup. Entre 2014 et 2016, sur l'ensemble du pays, le nombre de cas de paludisme chez les enfants a augmenté.

L'étude LQAS¹⁰ de 2015 indique que parmi les enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant reçu un traitement antipaludique approprié, près de 7% d'entre eux ont payé pour un traitement malgré la politique de gratuité. A Tahoua, ils

¹⁰ Ministère de la Santé Publique, UNICEF, et Liverpool School of Tropical Medicine, 2015. Evaluation du projet de prévention de la malnutrition dans 17 communes des régions de Maradi, Tahoua et Zinder (IAOMD) avec les outils LQAS.

étaient 10.7% en 2015 et 17.6% en 2017. Ceci étant, du fait de multiples facteurs comme la diversité des contextes environnementaux ou géographiques, il n'est pas possible sur la base de ces informations de lier les tendances du paludisme avec l'accès aux soins ou aux médicaments antipaludiques, gratuits ou non.

Les cas de pneumonie et de diarrhée ont également augmenté entre 2014 et 2016 et là aussi, on note d'importantes variations selon les régions : par exemple, Maradi semble de loin être la région où les enfants souffrent le plus de pneumonie et de diarrhée. Entre 2014 et 2016, l'état de santé des enfants ne semble donc pas s'être amélioré compte tenu de l'augmentation du nombre de cas de pneumonie et diarrhée. Là encore, cela peut difficilement être mis en relation avec la gratuité des soins : si en 2015, 4.7% des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée et qui ont bénéficié d'un traitement ont dû payer pour ce traitement, la multiplicité de facteurs pouvant influencer la prévalence de la diarrhée ne permet pas d'associer les tendances de la prévalence de la diarrhée avec l'effectivité de la gratuité des soins.

De plus, il y a eu une forte contribution d'UNICEF en intrants dans la prise en charge des diarrhées et du paludisme chez l'enfant de 0 - 5 ans (hors malnutrition aigüe sévère). Sur la période de 2014 à 2016, cet appui aurait contribué à traiter 2'736'855 cas de paludisme, (soit 37% des cas nationaux), 1'890'848 cas de diarrhées (soit 60% des cas nationaux) et 1'027'336 cas de pneumonies (soit 20 % des cas nationaux)

Tableau 17. Nombre de cas de paludisme simple, pneumonie simple et diarrhée grave (déshydratation), enfants de moins de 5 ans (2014-2016), par région

Région	2014			2015			2016		
	Paludisme	Pneumonie	Diarrhée	Paludisme	Pneumonie	Diarrhée	Paludisme	Pneumonie	Diarrhée
Agadez	19 527	18 179	1 325	17 111	20 754	1 416	14 027	18 331	3 427
Diffa	21 790	30 541	745	25 585	30 642	1 137	33 661	34 521	2 793
Dosso	122 399	81 232	2 951	356 310	189 939	3 055	348 978	179 865	4 107
Maradi	606 697	263 884	12 596	622 748	300 142	10 993	538 254	286 623	11 277
Tahoua	309 772	149 545	9 437	281 480	148 498	9 244	349 412	151 394	8 840
Tillabéri	318 619	86 809	2 417	383 905	81 410	3 820	284 275	80 193	4 238
Zinder	314 958	188 749	10 374	277 922	182 818	12 241	280 184	210 604	12 311
Niamey	102 040	63 204	1 039	119 260	67 588	1 372	113 512	66 906	1 950
Niger	1 815 802	882 143	40 884	2 084 324	1 021 791	43 278	1 962 303	1 028 437	48 943

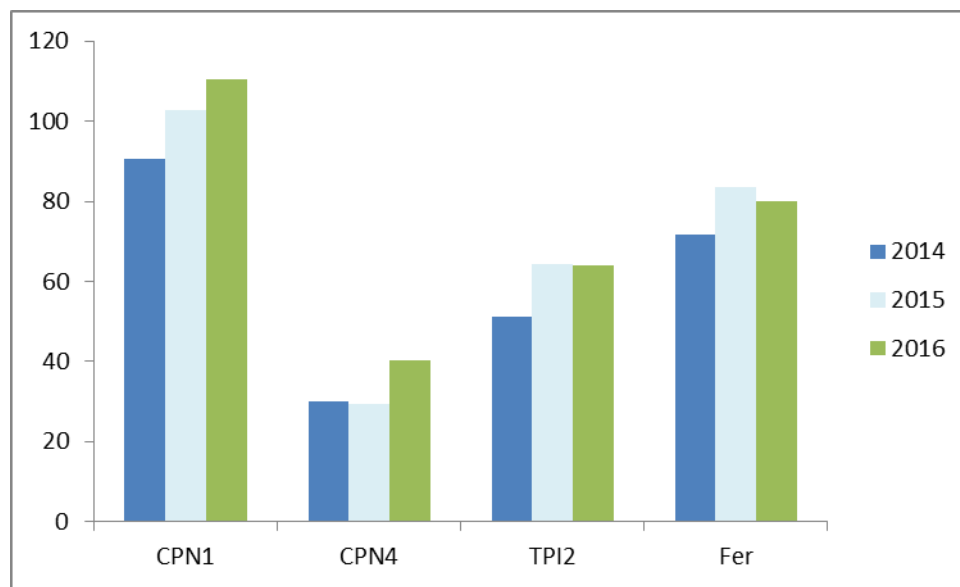
Source : Annales Statistiques SNIS 2014, 2015, 2016

b) Indicateurs de santé maternelle

Certains indicateurs clé en lien avec les **consultations prénatales** sont présentés dans la figure ci-dessous pour 2014, 2015 et 2016. Il s'agit du pourcentage de mères qui ont reçu la 1^{ère} (CPN1) et la 4^{ème} (CPN4) consultation prénatale, un traitement préventif intermittent contre le paludisme (2^{ème} dose) et une dose de fer acide folique. Tous les indicateurs ont connu une amélioration de 2014 à 2016 et les couvertures de la CPN1 et de l'administration de fer folate sont à des niveaux élevés. Cependant, le pourcentage de femmes qui ont reçu une 4^{ème} CPN

reste insuffisant pour limiter les risques entourant la grossesse (40%). Une précédente étude LQAS était arrivée à des conclusions similaires, aussi bien concernant l'insuffisance des CPN4 effectuées, que sur la part non négligeable de femmes recevant du fer avec des acides foliques¹¹.

Figure 5. Indicateurs de la CPN 2014-2016 au niveau national



Source : Annuaire Statistiques SNIS 2014, 2015, 2016

L'UNICEF a été le principal partenaire à avoir approvisionné le pays en sulfadoxine-pyriméthamine (88% des traitements en TPI) et en 2015 près de la moitié de l'approvisionnement des formations sanitaires en fer acide folique pour prévenir l'anémie chez les femmes enceintes a été fourni par l'UNICEF (46% des traitements). On note par ailleurs que les pourcentages les plus élevés de femmes ayant bénéficié de TPI2 et de fer sont observés en 2015, année durant laquelle UNICEF a distribué davantage de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et de fer acide folique (FAF) sans pour autant qu'il soit possible d'attribuer ces chiffres à l'intégralité de l'appui de l'UNICEF.

Le tableau ci-dessous indique le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié et le taux de décès maternels. Ces indicateurs illustrent la qualité du suivi des mères durant leur grossesse et leur accouchement. Le taux d'accouchements assistés croit de 29% à 35% de 2014 à 2015 avant de redescendre à 31% en 2016. Le taux de décès maternel est resté stationnaire à 0,08% malgré une légère baisse en 2015.

¹¹ République du Niger, UNICEF, LSTM. Evaluation du projet de prévention de la malnutrition dans 17 communes des régions de Maradi, Tahoua et Zinder (IAOMD) par enquête-ménage LQAS. Décembre 2017

Tableau 18. Récapitulatif des indicateurs de suivi de la mère

Région	2014		2015		2016	
	Taux accouchements assistés (%)	Taux de décès maternel (%)	Taux accouchements assistés (%)	Taux de décès maternel (%)	Taux accouchements assistés (%)	Taux de décès maternel (%)
Agadez	47	0.2	55	0,09	54	0,10
Diffa	18	0.1	17	0,03	21	0,04
Dosso	32	0.5	36	0,05	33	0,24
Maradi	28.5	0.1	39	0,04	29	0,04
Tahoua	26	0.1	32	0,06	29	0,05
Tillabéry	31	0.05	34	0,06	34	0,08
Zinder	21	0.1	27	0,05	23	0,04
Niamey	69	0.006	74	0,01	76	0,01
Niger	29	0.08	35	0,05	31	0.08

Source : Annuaire Statistiques SNIS 2014, 2015, 2016

c) Les indicateurs de suivi du nouveau-né

Le suivi du nouveau-né est illustré par le pourcentage de nourrisson avec un faible poids de naissance et le taux de mortalité (c'est-à-dire les enfants nés sans vie après 6 mois de grossesse). On suppose en effet que les mères qui ont bénéficié d'un bon suivi de grossesse, ne souffrent pas d'anémie ; celles qui ont reçu les traitements adaptés ont de meilleures chances d'avoir des enfants avec un poids de naissance normal et un enfant arrivant à terme en bonne santé, bien que d'autres facteurs biologiques liés à la mère (âge, état nutritionnel de la mère) influencent également le poids et la survie du bébé à la naissance. Le pourcentage d'enfants avec un faible poids à la naissance est resté constant à 5%. Le taux de mortalité est resté quasi stable entre 2014 et 2016.

Tableau 19. Indicateurs du Suivi de l'Enfant dans les Districts Sanitaires 2014-2016

Région	2014		2015		2016	
	(%) Mortinatalité	(%) d'enfants avec faible poids de naissance	(%) Mortinatalité	(%) d'enfants avec faible poids de naissance	(%) Mortinatalité	(%) d'enfants avec faible poids de naissance
Agadez	0,5	7,48	0,97	7	0,61	7
Diffa	0,49	5,6	0,73	9	0,35	4
Dosso	0,48	4,50	0,63	5	0,32	6
Maradi	0,4	5,02	0,33	5	0,51	5
Tahoua	0,5	4,43	0,32	4	0,26	3
Tillabéry	0,36	4	0,32	4	0,30	3
Zinder	0,35	4,27	0,43	4	0,41	4
Niamey	1,5	7	4,99	10	1,59	7
Niger	0,56	5	0,65	5	0,55	5

Source : Annuaire Statistiques SNIS 2014, 2015, 2016

Comme pour les tableaux précédents, le fait de lier les tendances de ces indicateurs avec l'appui de l'UNICEF concernant les médicaments de santé maternelle ou les césariennes serait trop réducteur car de multiples facteurs entrent en ligne de compte pour expliquer ces tendances et des analyses plus poussées investiguant les facteurs associés à ces indicateurs seraient nécessaires.

4.3 Contribution de l'UNICEF dans la Gratuité des Soins

4.3.1 Valorisation de l'appui en intrants de l'UNICEF

Cette valorisation concerne essentiellement les intrants médicaux de la gratuité des soins achetés par l'UNICEF et mis à la disposition des formations sanitaires de 2014 à 2018 et prend en compte les coûts annexes de gestion de stock notamment le fret, l'assurance, le transit, le stockage et la distribution.

Au niveau national, les coûts d'achat estimatifs de ces intrants médicaux de la gratuité des soins s'élèvent à 6,74 millions USD sur la période 2014 – 2017. Sur la seule année 2015, cette contribution s'est élevée à 2,66 millions USD. Le détail est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 20. Coûts estimatifs des produits gratuité des soins achetés par l'UNICEF

Groupe de produit	2014	2015	2016	2017	Total (USD)
Kit de Test de Diagnostic	156,094	183,324	52,875	110,995	503,288
Kits médicaux	69,486	189,641	88,861	2,024	350,012
Médicaments	1,182,786	1,679,545	685,835	802,559	4,350,725
Total produits (USD)	1,408,366	2,052,510	827,571	915,578	5,204,025
% coût annexe gestion achat et stock intrants médicaux	29.66%				
Coût annexe gestion achat et stock intrants médicaux (fret, assurance, transit, stockage et distribution)	417,721	608,774	245,458	271,561	1,543,514
Valorisation des intrants médicaux de la gratuité des soins (Kit diagnostic, Kits médicaux et Médicaments) achetés par l'UNICEF dans le cadre de la gratuité des soins (USD)	1,826,087	2,661,284	1,073,029	1,187,139	6,747,539

Source : Données établies à partir des informations fournies par la section Supply de l'UNICEF.

4.3.2 Estimation de l'appui de l'UNICEF dans les dépenses des formations sanitaires

Ce sous-chapitre présente une estimation de la part que l'appui de l'UNICEF représente dans les dépenses réalisées par les formations sanitaires sur la période 2014-2018.

Synthèse des dépenses de la gratuité des soins par région

Dans un premier temps, à partir des fichiers Excel reçus de la cellule gratuité des soins du Ministère de la Santé qui compilent les factures transmises par les DS de chaque région et les structures sanitaires de référence nationale (hôpitaux nationaux, maternités de référence, centre de santé mère enfants) à cette même cellule de la gratuité des soins, nous avons reconstitué les dépenses réalisées par les formations sanitaires au niveau national sur la période 2014 – 2018. La situation se présente comme suit :

Tableau 21. Situation nationale des factures gratuité des soins 2014 - 2017

Structures Sanitaires	Total des factures de 2014 à 2017 reçues (USD)	Total des factures de 2014 à 2017 engagées (USD)	Total des factures de 2014 à 2017 en Stock (USD)	Taux d'engagement (%)
Région Niamey	4 782 760	1 427 292	3 355 468	30
Région Tillabéry	4 004 884	1 069 804	2 935 080	27
Région Dosso	4 841 732	2 428 912	2 412 820	50
Région Maradi	8 630 364	1 489 485	7 140 879	17
Région Zinder	5 486 108	1 499 264	3 986 844	27
Région Tahoua	8 748 984	2 402 486	6 346 498	27
Région Diffa	1 026 313	614 577	411 736	60
Région Agadez	2 072 472	950 105	1 122 367	46
Structures sanitaires de référence nationale	18 603 894	9 299 471	9 304 423	50
Total	58 197 511	21 181 396	37 016 116	36

Source : reconstitution des dépenses à partir de la compilation des factures faite par la Cellule Gratuité des Soins du MSP

Les factures engagées constituent les factures remboursées aux formations sanitaires et les factures en stock, celles non encore remboursées par l'Etat aux formations sanitaires.

Estimation financière de la contribution de l'UNICEF

La part que représente l'appui UNICEF dans les dépenses réalisées par les formations sanitaires au niveau national sur la période 2014 – 2017 varie de 12% à 22% avec un pic de 22% en 2015.

Tableau 22. Estimation financière de la contribution de l'UNICEF

	2014	2015	2016	2017	2018*	Total (USD)
Valorisation des intrants médicaux de la gratuité des soins achetés par l'UNICEF et mis à la disposition des formations sanitaires (USD)	1,888,328	3,051,437	2,175,492	2,390,204	-	
Total des factures reçues par la Cellule Gratuité des Soins/MSP (USD)*	15,599,759	13,674,453	13,582,383	15,340,917	-	58,197,511
Total des factures engagées par la Cellule Gratuité des Soins/MSP auprès des structures sanitaires (USD)*	14,052,737	5,150,273	1,652,120	326,265	-	21,181,396
% appui UNICEF dans les dépenses réalisées par les formations sanitaires	12%	22%	16%	16%		16.50%

Source : d'après les informations transmises par la Cellule Gratuité des Soins du MSP

* Les informations pour 2018 ne sont pas disponibles dans les fichiers Excel mis à disposition par la cellule gratuité des soins du Ministère de la Santé.

Concernant les factures gratuité des soins, elles sont établies par les DS selon le format standard fourni par la cellule gratuité des soins : les DS envoient ces factures au niveau des DRSP pour analyse avant transmission à la cellule gratuité des soins. La cellule gratuité des soins vérifie les factures, fait la compilation puis les transmet à son tour à la Direction des Ressources Financières et Matérielles (DRFM) du MSP qui est chargée de les envoyer au Ministère des finances. Il semblerait que l'étape d'analyse au niveau des DRSP n'est pas faite car lors des entretiens avec la cellule gratuité des soins du MSP, cette dernière avait émis des doutes sur des factures de gratuité de soins non probantes qu'elle reçoit des DRSP. Elle avait aussi mis en exergue le fait que la ligne budgétaire nationale dédiée à la gratuité des soins servait uniquement aux remboursements des factures gratuité des soins, il n'y avait pas de budget spécifique pour les coûts de gestion de cette cellule gratuité des soins. Concernant la gestion des factures, elles sont faites sur tableurs Excel au niveau de la cellule par trois cadres du MSP qui se sont répartis les régions. Sur le volet de la supervision, cette cellule a réalisé en 2014 une mission de supervision dans 4 régions, aucune supervision en 2015 et 2016 ; en 2017 l'unique supervision a été réalisée conjointement avec Initiative Solidarité Santé Sahel I3S qui est l'unité de gestion du projet « améliorer l'accès financier aux soins des enfants et des femmes enceintes au sahel » piloté par l'AFD dans 4 pays africains dont le Sénégal, le Mali, le Niger et le Tchad.

Estimation de la contribution en nombre de cas pris en charge

En l'absence des données de consommation au niveau des formations sanitaires, la présente estimation a été faite sur la base des quantités de médicaments distribués par l'UNICEF et des quantités de produits nécessaires pour un traitement/kit et aussi des données de prise en charge rapportées dans les annuaires de statistiques sanitaires 2014 à 2016. Les données présentées ci-dessous sont relatives au paludisme, aux diarrhées et pneumonies chez l'enfant et à la CPN. Les traitements distribués ne prennent pas en compte les intrants achetés dans le cadre du programme de nutrition.

Il faut préciser que la séparation des MEG de la gratuité des soins de ceux exclus de l'étude s'est faite à partir du fichier Excel de distribution des intrants fournis par la section supply de l'UNICEF. Des filtres ont été appliqués en sélectionnant les paramètres suivants :

- secteur (survie),
- année (choix de l'année concernée 2014 à 2018)
- catégorie de produit (Pharmaceuticals)
- description du produit (sélection des médicaments utilisés dans la CPN aussi ceux pour le traitement du paludisme, diarrhées, pneumonies chez l'enfant),

Les données ainsi générées ont été traitées via l'option « tableaux dynamiques croisés ».

Au niveau des DS, les médicaments fournis par l'UNICEF dans le cadre de la gratuité des soins et utilisés à cette fin sont tracés à l'aide des fiches de stock et des waybill UNICEF au niveau de la pharmacie du DS. Les intrants de la nutrition sont en général stockés en dehors de la pharmacie du DS et gérés par le point focal nutrition.

Au niveau des CSI et CS, les intrants stockés au niveau de la pharmacie ne sont pas séparés par programme. Et avec les insuffisances relevées dans la tenue des outils de gestion de stock, le suivi de la trace de l'utilisation des MEG qui sont communs à la nutrition et à la gratuité des soins n'est pas aisé.

Tableau 23. Estimation des médicaments distribués en nombre de traitements/kits

Traitements distribués par Unicef Gratuité des soins	2014	2015	2016	2017	Total 2014 - 2017
Paludisme					
Amod 135mg+Arte 50mg tab/3	284,175	25,000	-	-	309,175
Amod 67.5mg+Arte 25mg tab/3	60,300	25,000	-	-	85,300
Artem 20mg+Lumef120mg disp tabs/6	288,540	584,100	132,750	86,550	1,091,940
Artem20mg+Lumef120mg disp tabs/12	186,240	786,450	217,800	120,180	1,310,670
Artemeth20mg+Lumefan120mg tabs/18	-	13,500	4,500	-	18,000
Artemeth20mg+Lumefan120mg tabs/24	-	10,500	3,000	-	13,500
Nbre de traitement CTA distribués	819,255	1,444,550	358,050	206,730	2,828,585
Diarrhées					
ORS low osm. 20.5g/1L, sachet	5,385,800	4,052,900	568,344	654,336	10,661,380
Zinc 20mg tablets/10	497,600	1,066,080	427,932	600,118	2,591,730
Nbre de kits de traitement diarrhée distribués	497,600	1,066,080	284,172	327,168	2,591,730
Pneumonies					
Amoxici.pdr/oral sus 125mg/5ml/BOT-100ml	-	2,250	-	-	2,250
Amoxicilline 250mg tabs	3,021,900	11,635,800	6,869,100	9,047,300	30,574,100
Nbre de traitements en Amoxicilline distribués	143,900	556,336	327,100	430,824	1,458,160
Traitement Préventif Intermittent (TPI)					
Sulfadox+Pyrimeth 500+25mg tabs	1,263,000	5,201,000	2,128,000	1,791,000	10,383,000
Nbre de doses de SP distribuées	421,000	1,733,667	709,333	597,000	3,461,000
Supplémentation en Fer + Acide Folique (FAF)					
Iron 60mg + Folic ac. 400mcg tab	7,150,000	32,120,800	3,295,000	13,262,100	55,827,900
Nbre de kits de FAF distribués	79,444	356,898	36,611	147,357	620,310

Source : Données établies à partir des informations fournies par section Supply de l'UNICEF

Pour arriver à ces estimations les hypothèses suivantes ont été considérées :

- Paludisme : 1 plaquette ou blister de CTA équivaut à un traitement,
- Diarrhées : quantité suffisante pour (qsp) un traitement égal à 2 sachets de SRO et pour le Zinc, qsp égale à 10 comprimés,
- Pneumonies : 750mg par jour pendant 7 jours (soit 21 comprimés d'amoxicilline 250mg dispersible pour le traitement complet d'un cas),
- TPI : 3 comprimés de SP pour 1 dose,
- Fer + Acide folique : 90 comprimés par kit.

Un rapprochement a été fait avec les données rapportées dans les annuaires statistiques sanitaires de 2014 à 2016 :

Tableau 24. Rapprochement médicaments distribués et morbidités 2014 – 2016

Pathologies	2014		2015		2016		Moyenne 2014 - 2016
	Nbre de traitements distribués (1)	Total morbidités nationales rapportées 0 - 59 mois (2)	Nbre de traitements distribués (1)	Total morbidités nationales rapportées 0 - 59 mois (2)	Nbre de traitements distribués (1)	Total morbidités nationales rapportées 0 - 59 mois (2)	
Paludisme	819,255	2,209,928	1,444,550	2,836,653	358,050	2,053,113	
	37%		51%		17%		35%
Diarrhées	497,600	941,036	1,066,080	1,088,686	327,168	1,158,980	
	53%		98%		28%		60%
Pneumonies	143,900	2,689,574	556,336	2,178,562	327,100	1,174,975	
	5%		26%		28%		20%

Source : Données établies à partir des informations fournies par section Supply de l'UNICEF et les Annuaire Statistiques SNIS 2014, 2015, 2016

Les médicaments distribués par l'UNICEF auraient contribué à prendre en charge en moyenne 35% des cas de paludisme, 60% des cas de diarrhées et 20% des cas de pneumonies notifiés chez l'enfant de 0 – 5 ans hors malnutris aigues sévères sur la période de 2014 à 2016. En 2015, l'appui de l'UNICEF en médicaments aurait contribué à la prise en charge de 98% des cas de diarrhées.

Tableau 25. Rapprochement médicaments distribués et activités CPN 2014 – 2016

Activités Consultations Pré Natales	2014		2015		2016		Moyenne 2014 - 2016
	Nbre de doses/kits distribués (1)	Total cas nationaux rapportés (2)	Nbre de doses/kits distribués (1)	Total cas nationaux rapportés (2)	Nbre de doses/kits distribués (1)	Total cas nationaux rapportés (2)	
Traitement Préventif Intermittent (TPI)	421,000	807,182	1,733,667	1,074,280	709,333	1,420,650	88%
	52%		161%		50%		
Supplémentation en Fer + Acide Folique	79,444	588,762	356,898	782,252	36,611	807,173	21%
	13%		46%		5%		

Source : Données établies à partir des informations fournies par section Supply de l'UNICEF et les Annuaire Statistiques SNIS 2014, 2015, 2016

Concernant les cas nationaux rapportés, pour la TPI, il s'agit du nombre de nouvelles inscrites ayant reçu TP1 et le nombre de visites de retour ayant reçu TPI2. Pour la supplémentation en fer - acide folique (FAF), il s'agit du nombre de nouvelles visites ayant reçu du FAF.

En 2015, c'est l'UNICEF qui aurait donc fourni toutes les doses de Sulfadoxine+Pyriméthamine (SP) délivrées à toutes les femmes reçues en CPN. En 2015, près de la moitié de la source d'approvisionnement en FAF pour les CPN serait donc de l'UNICEF.

4.4 Interventions des autres PTF dans l'appui à la gratuité des soins

Les fiches suivantes récapitulent les zones d'intervention, le type d'appui avec le montant relatif à la gratuité des soins ainsi que toute potentielle perspective d'appui futur de partenaires techniques et financiers clés tels que l'AFD, la BM, Enabel, l'OMS et l'UE en fonction des informations disponibles.

4.4.1 L'Agence Française de Développement

Zone d'intervention	Tous les DS de la Région de Dosso
Type d'appui	<p>L'appui de l'AFD se fait à travers le projet I3S qui est un projet de renforcement de la CSU. Dans sa phase initiale, cet appui a contribué à la structuration du dispositif de gratuité de soins avec l'assistance technique en appui à la DEP/cellule gratuité, l'étude sur l'analyse des coûts réels des soins pour les enfants de 0 à 5ans, et l'audit financier de la gratuité des soins.</p> <p>Les appuis de ce projet sont focalisés essentiellement autour des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Améliorer la gestion stratégique et opérationnelle du dispositif de gratuité : <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et/ou révision d'outils de gestion et de procédures adaptés à chaque échelon, comprenant notamment le guide de gestion de la gratuité ; - Formations auprès des acteurs de la gratuité, à chaque échelon (formations à l'utilisation des outils de gestion et des procédures) ; - Assistance technique (expert en financement de la santé/fiscalité) ponctuelle en appui au FSSN, perlée selon les besoins identifiés. b) Appuyer la mise en œuvre du dispositif de la gratuité des soins : <ul style="list-style-type: none"> - Financement de prestations de soins auprès des enfants de moins de 5 ans notamment la fourniture de médicaments essentiels dans les formations sanitaires de Dosso et l'abondement du dispositif de gratuité de soins (remboursement des factures) ; - Mise en œuvre régionale du dispositif de gratuité à Dosso à travers l'application directe du dispositif d'exemption notamment la validation, le suivi et le contrôle simplifié des factures de la gratuité ; la responsabilisation de l'échelon communal ; et la déconcentration du paiement au niveau régional ou départemental. <p>En somme, l'appui de l'AFD est basé sur les stratégies suivantes relatives à une amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme d'exemption de paiement des soins à tous les échelons ; à une simplification et une sécurisation du circuit des factures (déconcentration de la validation et du paiement des factures à l'échelon départemental ou régional), et enfin à la mise en place de</p>

	mécanismes de financement innovants et pérennes (issu de la taxe française sur les transactions financières).
Montant de l'appui à la Gratuité des soins	Environ 1 million d'euros octroyé en 2014 pour le remboursement des factures gratuité des soins dans la région de Dosso. Mais le montant total du projet IS3 est de 6 millions d'euros.
Perspectives d'appuis dans le cadre de la gratuité des soins :	<ul style="list-style-type: none"> - Abandonner le remboursement des factures de gratuité des soins et aller vers l'approvisionnement des formations sanitaires en produits de santé, - Travailler sur la logique du financement basé sur les résultats (FBR)

4.4.2 La Banque Mondiale

Zone d'intervention	Régions de Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéry, Zinder
Type d'appui :	<p>Projet d'appui à la population et à la santé pour le Niger dont l'objectif est d'accroître l'utilisation des services de santé de la reproduction et de nutrition dans les zones ciblées. Les interventions sont axées sur l'offre, telles que l'amélioration de la disponibilité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans.</p> <p>Ce projet dans sa composante 1 vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la fourniture de services de santé et de nutrition de haute qualité pour la reproduction, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de l'adolescent, - Renforcer l'offre de services de santé et de nutrition pour les femmes en âge de procréer (y compris les jeunes femmes, les femmes enceintes et les mères allaitantes) et les enfants de moins de cinq ans. <p>La composante 3 vise quant à elle, l'amélioration de la capacité de gestion, de coordination, de suivi et d'évaluation des services de santé et de nutrition.</p> <p>Ce projet est axé sur l'achat d'indicateurs auprès du MSP. Cette approche permet de renforcer le système de santé, le suivi et l'évaluation, et la performance du système de santé par l'augmentation de l'utilisation, la quantité et la qualité des services offerts. Huit indicateurs sont liés au décaissement, dont un est en relation direct avec la gratuité des soins ; il s'agit de l'indicateur sur le remboursement à temps des factures de gratuité des soins aux formations sanitaires (« DLI 6 Health facilities receiving payments from the central government for their revolving fund on time »).</p>
Montant de l'appui à la Gratuité des soins	Le coût global du projet est estimé à 103 millions USD dont 66 millions USD pour le volet achat des indicateurs (indicateurs liés au décaissement). Ce projet va jusqu'au 31 décembre 2021.

4.4.3 ENABEL (Agence Belge de Développement)

Zone d'intervention	Région Dosso : DS de Gaya Région de Tillabéri : DS Gothey
Type d'appui	<p>Intervention sur le système de santé dans son ensemble à travers 2 projets :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PASS : Projet d'Appui au Système de Santé (Fini en 2017) ; 2. PARSS : Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé qui est en cours et qui a pour objectif d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la CSU. <p>Les axes prévus sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui au système de santé à travers des investissements en infrastructures et équipements. Il s'agit notamment de la construction de quatre hôpitaux de district, la transformation de quinze centres de santé et un appui à l'organisation des consultations foraines et mobiles pour atteindre les populations résidant dans des zones reculées ; - Appui à la mise en œuvre des réformes fondamentales du secteur, telles que le financement des structures de santé sur base de leur performance, la digitalisation de la gestion des services de soins, la mise en place de l'assurance maladie universelle et l'assurance de la qualité des services offerts à la population dans les districts de Gotheye et Gaya. <p>Ce projet est donc orienté vers la réduction des inégalités en matière de santé, l'amélioration de l'accès à la santé dans les zones d'intervention et l'implémentation du financement basé sur les résultats qui est une approche qui marque la rupture avec le financement classique du système de santé qui consistait à fournir les inputs sans atteindre nécessairement des résultats. L'effet recherché par cette approche est de renforcer le système de santé, le suivi et l'évaluation, et la performance du système de santé par l'augmentation de l'utilisation, la quantité et la qualité des services offerts.</p>
Montant de l'appui à la Gratuité des soins	Le budget pour le PARSS est d'environ 15 millions d'euros. La clôture de ce projet est prévue pour 2021.

4.4.4 L'Organisation Mondiale de la Santé

Zone d'intervention	National
Type d'appui	<p>L'OMS apporte un appui technique et financier dans de nombreux domaines de la santé (lutte contre les maladies transmissibles, paludisme, maladies tropicales négligées, vaccination, nutrition, promotion de la santé, maternité à moindre risque, gouvernance, ressources humaines, système d'information sanitaire, CSU, etc.).</p> <p>Concernant la Gratuité des Soins, la contribution de l'OMS a consisté à fournir des kits d'accouchement et de césarienne aux formations sanitaires. Cet appui a été fait en synergie avec l'UNFPA et était sous</p>

	<p>financement de l'UE mais il a pris fin en 2016. Il n'y a pas depuis de budget spécifique alloué à la gratuité des soins.</p> <p>Cependant, l'une des priorités stratégiques figurant dans le programme d'action stratégique de coopération avec le Niger est de « tendre vers la CSU » et de ce fait, l'OMS contribue entre autres à éliminer les barrières financières à l'accès aux services de santé.</p> <p>Les domaines d'intervention en lien avec cette priorité sont définis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la gouvernance et du partenariat pour la santé ; - Amélioration de la qualité des services et des soins ; - Amélioration du financement de la santé ; - Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé. <p>Par ailleurs, pour aider l'Etat Nigérien à aller vers la CSU, l'OMS a lancé une étude visant à identifier les points forts, les faiblesses et les opportunités de la gratuité des soins. Cette étude s'étend également aux autres modèles de financement de la santé tels que l'assurance maladie ou les mutuelles. Plus généralement, l'OMS sensibilise le gouvernement à la CSU et un plaidoyer a été fait au niveau de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale afin d'obtenir le soutien de la représentation nationale relativement à la CSU.</p>
Montant de l'appui à la Gratuité des soins :	Information non communiquée

4.4.5 L'Union Européenne

Zone d'intervention	National
Type d'appui	<p>L'UE n'est quant à elle pas très engagée dans le secteur de la santé au Niger bien qu'elle opère de manière concertée et complémentaire dans la gratuité des soins du gouvernement nigérien.</p> <p>Dans le programme indicatif 2014 -2020 concernant l'aide de l'UE en faveur du Niger, c'est le secteur 2 (Renforcement de la capacité de l'Etat pour la mise en œuvre des politiques sociales) qui aborde en partie le volet de la santé dont l'un des objectifs spécifiques est de développer l'utilisation des services de santé mère/enfant, de santé reproductive et de planification familiale. L'indicateur en lien avec cet objectif est le fonctionnement effectif du mécanisme de gratuité de soins pour les plus vulnérables.</p> <p>L'approche de l'UE consiste donc en un appui budgétaire basé sur la performance mais étant donné que les factures ne sont pas traitées suffisamment rapidement, le remboursement ne se fait pas et les décaissements sont alors très faibles.</p> <p>L'appui budgétaire de l'UE contribue à l'équilibre des finances publiques du Niger au niveau macro. Le plan de développement sanitaire et l'assistance technique bénéficient aussi de cet appui mais</p>

	<p>le manque de transparence et la faible consommation des fonds alloués à l'appui au Niger ont conduit à une nouvelle approche : en attendant une amélioration du système de traitement et de paiement des factures de soins, l'UE s'engage sur deux pistes : 1) l'achat d'aliments thérapeutiques prêt à l'emploi dans le cadre de la malnutrition, 2) l'appui du gouvernement vers la couverture universelle pour laquelle une feuille de route a été établie et une prime au gouvernement pour sa réalisation est versée.</p> <p>L'UE est d'avis que la gratuité des soins doit se poursuivre mais en allant vers l'accès universel plutôt que de se focaliser sur les enfants et les femmes. Par ailleurs, elle estime que la gratuité des soins peut affaiblir le système de santé à long terme si les structures de l'état ne s'approprient pas les initiatives en place et dans ce sens, les PTFs ne doivent pas se substituer au gouvernement nigérien.</p>
Montant de l'appui à la Gratuité des soins :	200 millions d'euros pour le secteur 2 de ce programme dont la clôture est prévue en 2020.

Source : Interview avec les parties listées

5. Analyse des résultats

Ce chapitre présente l'analyse des résultats de l'étude selon les sept critères de l'évaluation.

5.1 Pertinence

La pertinence va consister à vérifier si les **interventions du programme de coopération Niger-UNICEF 2014-2018** en appui à la stratégie de gratuité des soins s'intègrent dans la mise en œuvre de celle-ci.

L'UNICEF conformément à ses principes d'interventions, s'est engagée auprès de l'Etat du Niger à apporter un appui à la mise en œuvre de la gratuité des soins sous forme d'intrants aux structures sanitaires. Les intrants sont essentiellement des médicaments, des consommables, des moyens logistiques (véhicule, moto) et du matériel et des produits d'entretien. L'appui aux activités foraines, mobiles décentralisées se fait à travers le paiement des frais de déplacement des agents sur le terrain, du carburant et des intrants.

Dans sa logique d'intervention en consensus avec l'Etat du Niger, les formations sanitaires une fois dotées d'intrants (dans le cadre de la gratuité avec remboursement des coûts), doivent déduire de la valeur de leurs factures, le montant équivalent de ces intrants qui leur ont été livrés par l'UNICEF.

A travers ce mécanisme, le programme d'intervention de l'UNICEF contribue au remboursement des frais de la gratuité des soins dont l'Etat du Niger est l'unique tiers payant.

En outre, l'UNICEF participe au niveau de plusieurs districts sanitaires au financement de la mise en œuvre des activités foraines, mobiles décentralisés et de la vaccination. Il s'agit d'évaluer et de vérifier que ces principes sont respectés de part et d'autre. Pour les autres gratuités contribuant à l'accès aux services de santé des plus vulnérables, il s'agit de vérifier si les appuis financiers ont été donnés aux structures conformément à l'enveloppe prévue et dans le temps.

D'une façon générale, ces interventions sont pertinentes d'une part, car elles limitent les barrières financières à l'accès aux soins et dans ce sens, contribuent à la CSU ; d'autre part, elles appuient le gouvernement du Niger dans le secteur de la santé alors même que la part du budget alloué à la santé reste insuffisante et est en baisse du fait de l'augmentation du budget alloué à la défense suite aux problèmes d'insécurité qui menacent le Niger¹² ; Notons que dans le cadre de la gratuité des soins, sur la période de 2014 à 2017, suite à l'approvisionnement de médicaments et autres produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires, le budget du secteur de la santé rendu disponible par l'UNICEF est estimé à 0,96% (USD 6'747'539/ USD 699'638'436).

Plus encore, dans la mesure où les interventions de l'UNICEF appuient la politique du pays, la question de la pertinence ne se pose pas car ces interventions sont alignées et en conformité avec la politique nationale en faveur des femmes et des enfants. Et compte tenu de la vulnérabilité des femmes et des enfants au Niger, le fait de prioriser cette sous-population dans son ensemble s'avère approprié.

Cela est confirmé par les résultats de l'enquête qui indiquent qu'à tous les niveaux, les répondants ont à l'unanimité reconnu la pertinence de l'initiative de l'appui en médicaments et intrants médicaux au profit des structures sanitaires du Niger. En effet, elle s'inscrit dans la droite ligne, d'une part des politiques/stratégies nationales : Prise en Charge des Maladies de

¹² Souley Ibrahim Hamani et al. Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur. Revue Francophone de Recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances. Vol. 2, numéro 2, juillet-décembre 2017.

l'Enfant (PCME) en 1996, Plan de Développement Economique et Social, Programme de Développement Sanitaire, politique nationale de la gratuite, stratégie nationale de réduction de la mortalité mère et de l'enfant et d'autre part dans celle des organisations internationales qui défendent les populations en général et les plus vulnérables (mère et enfant) : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Objectifs de Développement Durable (ODD).

Anecdote de Madaoua : la médiatrice, coordonnatrice des activités des relais a été ovationnée et applaudie par les femmes qui scandaient UNICEF, en guide de reconnaissance.

Par ailleurs, les factures de gratuité de soins non remboursées continuent de fragiliser les formations sanitaires et de ce point de vue, l'option faite par l'UNICEF est pertinente car elle permet de limiter les problèmes d'absence de médicaments dans les formations sanitaires consécutifs au retard de paiement par l'Etat des soins de gratuité. Par conséquent, un arrêt brusque de l'appui de l'UNICEF fragiliserait davantage ces structures.

Il faut souligner que le partenaire AFD à travers son projet I3S appuyait déjà l'achat et la distribution des médicaments dans la région de Dosso en combinaison avec l'apurement des factures de la gratuité des soins. Ce partenaire appuyait aussi à titre pilote la décentralisation au niveau de la région du système de remboursement des factures de la gratuité des soins. Partant aussi de ce fait, l'appui de l'UNICEF reste encore pertinent, mais il va nécessiter un recadrage qui sera coordonné avec les autres partenaires de façon à mieux canaliser les ressources qui seront mises à la disposition de ces formations sanitaires. La faiblesse dans le rapportage des données structurées relatives à la contribution des différents partenaires, ne permet pas de confirmer s'il y a réellement eu un doublon ou non dans l'intervention de ces deux partenaires dans cette région.

5.2 Efficacité

Les responsables reconnaissent une amélioration de certains indicateurs de santé et particulièrement ceux liés à la femme et à l'enfant à travers le temps : l'augmentation de la fréquentation des structures de santé en particulier ressort avec la mise en place de la gratuité à laquelle contribue l'UNICEF. De même, les entretiens ont également mis en avant une demande élevée de moustiquaires, la présence des femmes au-delà de 13 heures et plus généralement une amélioration des indicateurs de santé. Il reste cependant difficile de lier les tendances de ces indicateurs et ceux liés à la morbidité avec l'appui de l'UNICEF à la gratuité des soins compte tenu de la multiplicité de facteurs et de partenaires qui peuvent interférer sur ces tendances.

Concernant le fait qu'il n'y ait pas eu une augmentation du taux d'utilisation des formations sanitaires sur les dernières années (2014-2016) avec la mise en œuvre effective de la politique de gratuité des soins par l'UNICEF suggère que cette politique n'a pas totalement réussi à susciter l'engouement attendu dans la population, ce qui aurait permis d'améliorer l'utilisation des services de santé par la population exemptée. En effet, il est attendu que la politique de gratuité permette de lever les barrières financières pour permettre l'accès d'une grande majorité de la population aux services de santé.

Ces données suggèrent que la mise en œuvre de cette politique de gratuité ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'outils harmonisés ou de supports qui auraient permis de générer l'impact attendu. Il y a un besoin de mieux articuler l'appui de l'UNICEF avec la politique nationale de gratuité des soins qui est mise en œuvre sur le plan national. En effet, les retards dans le paiement des soins de gratuité illustrés par les factures impayées de la gratuité mettent à mal le bénéfice que peut tirer le système de l'intervention du programme UNICEF dans le cadre de la politique nationale de gratuité.

Le dispositif en place ne permet pas d'obtenir le nombre et pourcentage de la population éligible à la gratuité des soins ayant bénéficié des médicaments gratuits à travers l'intervention de l'UNICEF pour les raisons suivantes :

- Pas d'outils en place pour collecter cette information,
- Les formations sanitaires bénéficiaires des intrants médicaux de l'UNICEF ne produisent pas les rapports logistiques censés justifier l'utilisation des intrants reçus dans le cadre de la gratuité des soins,

Les demandes de remboursement transmises à la cellule de gratuité des soins ne fournissent aucune information sur les contributions en intrants reçues des différents partenaires. Les facturations sont faites pour l'ensemble des prestations gratuites effectuées sans distinction des prestations gratuites offertes en utilisant les intrants fournis par les partenaires dont l'UNICEF. Dans ces conditions, les seules informations pouvant être déterminées restent les quantités de traitement des différentes pathologies courantes de l'enfant et le nombre de kits CPN mis en place par l'UNICEF dans les formations sanitaires.

Par ailleurs, on a noté que les formations sanitaires ont connu des ruptures de stock, mais ces ruptures ont porté essentiellement sur 2 produits traceurs sur les 10 retenus sur la période 2017. Sur les 12 formations sanitaires visitées (HD, CSME, CSI, CS), seules deux n'ont pas du tout été en rupture de stock en 2017. Cependant, l'analyse des niveaux de ruptures de stock des médicaments n'a pu être faite. En effet, il n'a pas été possible d'évaluer le nombre et le pourcentage des formations sanitaires en rupture de stock pendant la période de référence malgré l'approvisionnement de médicaments et autres produits pharmaceutiques par l'UNICEF afin d'apprécier l'impact de la politique de gratuité sur la disponibilité des médicaments. La nature des outils et la qualité de l'information disponible tant au niveau des DS qu'à celui des formations sanitaires ne s'y prêtaient guère. Ainsi, l'absence d'une organisation conséquente pour accompagner et soutenir l'intervention de l'UNICEF dans le cadre de la politique de gratuité ne permet pas de s'assurer que cette intervention n'est pas mise en œuvre au détriment de la qualité des soins. Il manque au dispositif en place un système de rapportage qui rend compte de l'évolution des principaux agrégats et autres indicateurs pour les besoins de suivi et d'aide à la prise de décisions.

Concernant la dispensation gratuite des médicaments, elle a été observée lors des différentes visites des formations sanitaires ; les chefs CSI ou responsables de CS rencontrés parfois en présence du percepteur ou membre du COGES ont également mentionnés que les produits fournis par l'UNICEF sont délivrés à titre gratuit. Toutefois la présente étude n'est pas en mesure de confirmer que l'ensemble des produits distribués par l'UNICEF aux formations sanitaires ont été tous dispensés gratuitement à la cible concernée. Une investigation plus approfondie s'avère nécessaire pour répondre à cette préoccupation.

5.3 Efficience

Il n'a pas été possible pour les répondants de se prononcer sur l'efficience car toutes les dépenses ont été faites au niveau de l'UNICEF. Sur la période 2014-2017, les coûts estimatifs des produits gratuité des soins achetés par l'UNICEF représentaient plus de 6.7 millions USD avec un pic en 2015 (2.66 millions USD).

En moyenne, sur la période 2014 à 2017, les intrants médicaux de la gratuité des soins achetés par l'UNICEF et mis à la disposition des formations sanitaires représentent en terme financier 16,5% des factures gratuité des soins reçues par la cellule gratuité des soins du Ministère de la Santé.

Cette proportion de 16,50% semble beaucoup sous-estimée pour la simple raison que les médicaments fournis par l'UNICEF ne sont pas valorisés au niveau des formations sanitaires

et ne sont pas aussi défalqués des montants des factures émises. Les médicaments fournis par l'UNICEF sont donc utilisés par les formations sanitaires et ensuite facturés à l'Etat pour remboursement dans le cadre de la gratuité des soins. Il faut souligner que seule la région de Maradi avait commencé en 2017 à valoriser les dons de médicaments reçus des partenaires (UNICEF inclus) et à les déduire des factures gratuité des soins émises, mais le point focal gratuité des soins de la région n'était pas en mesure de fournir le montant global des dons de médicaments qui a été déduit.

Sur la période de l'étude, en se rapportant aux différents PBT santé de l'UNICEF et aux quantités de médicaments mis en place par l'UNICEF dans les formations sanitaires dans le cadre de la gratuité des soins, il apparait clairement que l'UNICEF a largement dépassé ses objectifs en termes d'approvisionnement. A titre d'exemples, en 2014 pour le paludisme, il y a eu 150'000 traitements CTA à fournir contre 819'255 traitements réellement distribués ; en 2015, il y a eu 230'465 traitements CTA planifiés contre 1'444'550 traitements réellement distribués ; en 2016 aussi, il y a eu 230'465 traitements CTA prévus contre 358'050 réellement distribués.

Pour ce qui concerne la prise en charge des pneumonies chez l'enfant, les objectifs de traitement étaient la prise en charge de 230'465 épisodes aussi bien en 2015 qu'en 2016 mais les traitements distribués ont été de 556'336 en 2015 et 327'100 en 2016. Pour la TPI, le nombre de traitements prévus était de 306'762 doses en 2015 tout comme en 2016, alors que les doses distribuées étaient de 1'733'667 en 2015 et 709'33 en 2016.

Ainsi, avec l'absence d'une rétro-information de la part des formations sanitaires sur l'utilisation réelle de ces différents traitements mis à leur disposition, corrélée à l'inexistence de plans annuels nationaux consolidés d'approvisionnement en intrants de la gratuité pilotés par la cellule de la gratuité des soins (devant permettre de cerner les besoins réels des formations sanitaires et les contributions de chaque partenaire), il n'est pas aisé de définir les bénéfices atteints ni d'affirmer que l'intervention de l'UNICEF a atteint les résultats attendus au prix d'une consommation optimale des ressources allouées.

La situation décrite révèle donc des insuffisances dans le système de gestion et de suivi des factures de la gratuité le long de la pyramide sanitaire et surtout au niveau de la cellule gratuité des soins. Et le suivi tel qu'il est fait actuellement ne permet pas de faire un rapprochement entre les cas de gratuité de soins facturés et les morbidités rapportées dans les statistiques sanitaires. Le rapprochement entre les médicaments distribués et la morbidité pour ce qui concerne l'année 2015, met en exergue la nécessité de prendre en compte les dons de médicaments fournis par les partenaires dans la facturation de la gratuité des soins au niveau des formations sanitaires.

Tous les répondants ont reconnu la complémentarité et la synergie des actions. Parfois, un mapping des interventions a été fait afin d'éviter les duplications et une non rationalisation des ressources. Théoriquement, toutes ces mesures peuvent contribuer à une efficience de l'appui en médicaments et intrants médicaux.

Néanmoins, on note également que l'intervention de l'UNICEF s'est appuyée sur un circuit de distribution parallèle au circuit national, les informations sur les intrants médicaux mise en place dans les formations sanitaires n'étaient disponibles qu'au niveau des DS et non rapportées dans les différentes demandes de remboursement ; de ce fait la cellule de gratuité des soins n'a aucune visibilité sur les contributions de l'UNICEF.

Il faut signaler aussi l'absence d'outil structuré de planification et de budgétisation des besoins en intrants de la gratuité et d'un cadre de suivi des différentes interventions relatives à la gratuité (partie gouvernementale et PTF) à l'image du « cluster nutrition ». Au regard de cette

insuffisance, il n'est pas aisé de confirmer que l'utilisation des ressources de l'UNICEF a été coordonnée avec celle du gouvernement et des autres PTF.

5.4 Equité

L'équité a été respecté dans la mesure où l'appui de l'UNICEF ciblait de façon globale les mères et les enfants, ce qui apparaît raisonnable compte tenu de la vulnérabilité de ces deux sous-populations dans un contexte tel que celui du Niger. De plus, en ciblant les formations sanitaires rurales, l'appui de l'UNICEF a pu cibler les catégories les plus pauvres. Par ailleurs, il aurait été difficile d'identifier des sous-groupes particulièrement vulnérables au sein de ces sous-groupes, par exemple les femmes et les enfants les plus pauvres ou indigents, car cela aurait nécessité l'existence d'un système permettant l'identification des individus y appartenant, ce qui n'est actuellement pas au Niger. Ainsi l'équité a été effective au niveau des groupes vulnérables (mères et enfants), car :

- Les besoins sont exprimés et satisfaits selon les cibles déterminées.
- A certains endroits, les soins gratuits ont été au-delà des communes de convergence, dans un souci d'équité.
- Il y a eu l'implication des Comité de Gestion Santé (COGES) et des relais.
- La couverture au-delà de 5 km par les relais pour donner la chance à ceux qui sont loin des formations sanitaires.

Par ailleurs, la prise en charge par l'UNICEF des coûts de distribution des intrants médicaux des DS vers les CSI dans les régions de Maradi et Zinder (distribution aux derniers kilomètres), a permis de rapprocher davantage les intrants médicaux des cibles de la gratuité des soins les plus défavorisées, puisque les CS également pouvaient ainsi chercher aisément leur dotation en intrants au niveau des CSI. Il faut souligner qu'avant cette expérience, ce sont les CSI les plus proches du DS qui étaient favorisés car recevant de manière fréquente leur dotation en intrants médicaux de la gratuité des soins au détriment des CSI les plus éloignés.

Au regard des proportions de traitements pour les maladies courantes de l'enfant et des intrants de la CPN assurés par l'UNICEF sur le plan national sur la période de 2014 à 2016 (35% pour le paludisme, 60% pour les diarrhées et 20% pour les pneumonies, 88% pour le TPI) et, prenant en compte aussi le fait que tous les indicateurs de la CPN ont connu une amélioration de 2014 à 2016, il reste évident que l'intervention de l'UNICEF a produit des résultats positifs pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes les plus défavorisés.

Toutefois, en considérant l'un des principes généraux de la gratuité des soins qui stipule qu'il faut « *vérifier d'abord si le patient n'a pas une prise en charge d'une société ou d'un organisme* », dans le cas où il possède une prise charge ou une assurance maladie, les frais à rembourser concernent seulement la part du coût des soins supportée par le patient (par exemple 10%, 20%) ». Ce principe ne semble pas être respecté puisque tout patient qui rentre dans la cible gratuité des soins, est systématiquement pris en charge indépendamment du fait qu'il dispose d'une assurance maladie.

5.5 Traçabilité

Les répondants ont non seulement reconnu que la traçabilité existe mais ils ont tous cité des outils de vérification : les bons de commande, les bons de livraison, les bordereaux, fiches gestion des stocks, le Rumeg, les fiches utilisation journalière, les rapports, les registres, cahiers des relais, etc. Toutes les informations sont collectées lors des audits, le monitoring, l'auto évaluation en fin de mois des CSI, lors du bilan annuel, les supervisions des différents

niveaux. Il faut cependant noter que parfois des produits et du matériel sont envoyés sans précision ni autres détails.

Des entrepôts de l'UNICEF vers les pharmacies des DS visités, les quantités de produits livrés restent traçables vu que le pourcentage des produits de la gratuité de soins reçus conformes au bon de livraison varie entre 100% et 97%. Des pharmacies des DS vers celles des CSI, on note un taux de 100% pour un des trois CSI visités et pour les deux autres CSI, les documents n'étaient pas accessibles.

Le dispositif actuel de l'UNICEF n'est pas totalement adapté pour suivre son appui car les supervisions spécifiques sur la gestion des médicaments ne sont pas organisées, les rapports logistiques ne sont pas élaborés au niveau des formations sanitaires et dans les districts sanitaires, la gestion des intrants médicaux fournis par l'UNICEF est fractionnée.

Les intrants médicaux mise en place par l'UNICEF restent donc traçables des entrepôts de l'UNICEF aux CSI en passant par les pharmacies des DS. Cependant en l'absence d'informations structurées sur l'utilisation de ces intrants au niveau des formations sanitaires, il apparaît donc que le mécanisme de monitoring et de redevabilité à disposition des gestionnaires pour assurer la traçabilité complète des intrants jusqu'à la population éligible à la gratuité des soins, présente des insuffisances.

Le système pilote de distribution des intrants des DS vers les CSI a manqué de suivi dans sa mise en œuvre. Et aussi des acteurs importants de la chaîne nationale d'approvisionnement notamment à DPH/MT, la DRSP n'ont pas été impliqués dans le suivi des intrants distribués par l'UNICEF.

5.6 Coût Efficacité

Sur la période de 2014 à 2017, les achats de médicaments de la gratuité des soins représentent 118% des montants prévus dans les PBT correspondants, l'UNICEF a donc acheté plus d'intrants que prévus et les pertes de produits par péremption sont non significatives (taux de péremption estimé à 0,45% au niveau DS). Il était prévu dans les différents PBT dans le cadre de la gratuité des soins, de doter les DS des huit régions du pays en kits CPN, kits de césarienne, MEG de lutte contre le paludisme, les infections respiratoires et la diarrhée. L'UNICEF a effectivement assuré l'approvisionnement en intrants de la gratuité des soins dans toutes ces régions.

Par ailleurs, le coût de distribution des intrants de la gratuité des soins des entrepôts de l'UNICEF vers les pharmacies des DS est estimé à 211'963 USD, ce montant investi a permis de mobiliser très rapidement des moyens logistiques pour l'acheminement des produits dans les DS (contrats avec plusieurs transporteurs privés) dans un délai moyen de 7 jours.

La résultante de toutes ces actions a contribué à prendre en charge en moyenne 35% des cas de paludisme, 58% des cas de diarrhées et 20% des cas de pneumonies notifiés chez l'enfant de 0 – 5 ans hors malnutris aigues sévères sur la période de 2014 à 2016 et d'assurer sur la même période dans le cadre de la CPN 88% des traitements en SP pour les CPN 1 et 2 et ; 21% des traitements en FAF.

5.7 Externalité

L'appui de l'UNICEF a contribué à la création et au renforcement des efforts du Gouvernement du Niger pour développer la CSU en mettant à disposition des intrants médicaux de la gratuité, en réduisant les barrières financières à l'accès aux soins et en limitant les ruptures de médicaments.

Il faut souligner que cet appui a été plus focalisé sur un seul des leviers de la chaîne à savoir le transport et la distribution des intrants médicaux. Les autres leviers tels que la quantification/planification des besoins, le stockage et la gestion des stocks (surtout au niveau des formations sanitaires), la gouvernance et ressources humaines (absence de visibilité sur l'utilisation des intrants au niveau des formations sanitaires et insuffisance dans le mécanisme de supervision) n'ont pas été au cœur de cet appui.

Pour une majorité de répondants, l'appui de l'UNICEF a contribué à renforcer le système de santé et le système GAS. En effet, cet appui a permis d'augmenter les fréquentations, d'éviter les ruptures de médicaments et a empêché certaines formations sanitaires de fermer leurs portes.

D'autres répondants, parmi lesquels des responsables centraux, affirment par contre que les appuis de l'UNICEF et des ONGs affaiblissent le système de santé en général, et le système GAS en particulier. Les raisons avancées sont la dépendance du système sur les bailleurs, la faible implication et appropriation par les formations sanitaires, et la faible implication des communes. De plus, l'UNICEF a mis en place une chaîne d'approvisionnement parallèle au système national, ce qui n'est pas de nature à renforcer le dispositif national.

De plus, ce système va être fortement influencé par la nouvelle stratégie d'approvisionnement qui est actuellement en cours d'élaboration au niveau du pays avec l'appui de partenaires tels que le Fonds mondial, l'USAID, l'OMS et l'UNICEF aussi, sous le lead de l'autorité nationale de régulation pharmaceutique : cette stratégie permettra de canaliser et harmoniser le circuit de distribution des intrants médicaux quelle que soit leur source de financement.

Une crainte largement partagée est que le système mis en place par l'UNICEF risque de ne pas perdurer dans le temps si l'appui de l'UNICEF stoppe. Les répondants pensent que la durabilité reste un défi majeur. Aucune solution crédible n'est visible pour assurer la viabilité du système mis en place par l'UNICEF et ses partenaires. L'intervention de l'UNICEF est une expérience "sous perfusion forte" dans le sens où elle est entièrement financée et pilotée techniquement par le partenaire. Cette intervention n'est donc pas significative de la capacité du système national à faire fonctionner par lui-même un dispositif de gratuité. Ceci est un paradoxe en ces périodes où le discours officiel promeut la déconcentration et la décentralisation ; cette intervention de l'UNICEF semble conduire à une recentralisation et une déconcentration. De fait, elle risque de contribuer à fragiliser les structures de gestion communautaire décentralisée qui ont été mises en place.

Plusieurs réflexions sont faites sur la pérennisation de la gratuité des soins en général et l'appui en médicaments et intrants médicaux de l'UNICEF et de ses partenaires. Un plan de désengagement a été élaboré dans la région de Tahoua.

D'une façon générale, les réflexions portant sur la gratuité des soins au Niger qui sont en cours actuellement dans le pays sont à mettre en lien avec les ODD (cible 3.8¹³) et les efforts à consentir pour suivre la progression vers la CSU. Elles plaident pour l'assurance maladie, les mutuelles de santé, le positionnement/mise en place des médicaments et intrants par l'ONPPC en lieu et place des facturations, le transfert de compétences aux communes, les sensibilisations communes, le centime additionnel (800+100), une plus grande implication/appropriation des DRSP et une plus grande fonctionnalité des réunions de coordination santé. Les répondants affirment aussi que l'état doit s'impliquer davantage dans les questions de santé, au même titre que la nutrition qui bénéficie d'un soutien politique et

¹³ Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

d'un plaidoyer très fort à travers les « 3N » à savoir le programme spécial du président de la République du Niger stipulant que les Nigériens Nourrissent les Nigériens. Cependant, cela nécessite un personnel chargé de la gestion de la politique de gratuité stable et en nombre suffisant ainsi que des moyens de travail appropriés.

Concernant les médicaments et intrants, beaucoup de répondants pensent que le renforcement de l'ONPPC peut être parmi les solutions de viabilité du système en cours. Les plus pessimistes pensent à l'ancienne pratique de paiement, selon les modalités définies et pensent qu'une résistance contre le principe de la gratuité des soins perdure.

6 Limites, Conclusions et recommandations

Ce chapitre élabore les résultats de l'étude en identifiant ses limites et en élaborant les conclusions et les recommandations pour le renforcement de la mise en œuvre de la politique de Gratuite des Soins au Niger.

6.1 Limites

Comme toute étude, cette évaluation a été confrontée à un certain nombre de limites qu'il convient de rappeler ici :

- Certaines données été manquantes et/ou difficile d'accès avec la conséquence de pas pouvoir renseigner des aspects tel que l'efficacité, l'équipé et le cout-efficacité par exemple. A noter également que certains répondants ciblés pour participer aux entretiens n'étaient pas disponibles ou ont renvoyé les experts sur le terrain vers d'autres personnes clés, par exemple la DEP.
- L'échantillon des formations sanitaires visitées était limité et peu représentatif de l'ensemble des formations sanitaires du pays. Par exemple, les hôpitaux de référence au niveau national n'étaient pas inclus.
- L'absence de la rétro information sur l'utilisation des intrants médicaux au niveau des formations sanitaires n'a pas permis de capturer les informations sur les cibles réelles de Gratuité des Soins (femmes enceintes et enfants 0 – 59 mois) atteintes par les approvisionnements effectués par l'UNICEF.

6.2 Conclusions

L'appui de l'UNICEF à la gratuité des soins mis en œuvre depuis 2014 a permis de rendre disponible des médicaments de qualité dans les formations sanitaires des huit régions du pays, avec des budgets investis dans l'achat de médicaments qui restent souvent supérieurs aux prévisions faites par l'UNICEF dans ses plans biannuels de travail sur la période de l'étude.

En moyenne, sur la période 2014 à 2017, les intrants médicaux de la gratuité des soins achetés par l'UNICEF et mis à la disposition des formations sanitaires représente en terme financier 16,5% des factures gratuité des soins reçues par la cellule gratuité des soins du Ministère de la Santé. Il s'agit bien d'une intervention très salutaire à plus d'un titre, dont la **pertinence** ressort clairement : d'une part, l'appui de l'UNICEF est essentiel pour garantir les médicaments essentiels car le programme d'intervention de l'UNICEF contribue au remboursement des frais de la gratuité des soins dont l'Etat du Niger est l'unique tiers payant ; en ce sens cette initiative d'appui en médicaments et intrants médicaux au profit des structures sanitaires du Niger s'inscrit dans la droite ligne des politiques/stratégies nationales

et des organisations internationales qui défendent les populations en général et les plus vulnérables (mère et enfant) ; d'autre part, le circuit de distribution des intrants médicaux de l'UNICEF abonde dans le sens de la future stratégie nationale de distribution des produits de santé qu'il contribue à renforcer.

En termes d'**efficacité**, si on retient les indicateurs portant sur la santé des enfants de moins de 5 ans et l'utilisation des formations sanitaires, on ne note guère d'amélioration entre 2014 et 2016. Cependant, compte tenu de la multiplicité de facteurs qui entrent en jeu et des défis auxquels le pays est confronté, il ne serait pas pertinent de lier cette situation à l'appui d'un seul bailleur, quel qu'il soit. On retient cependant que les médicaments distribués par l'UNICEF auraient contribué à prendre en charge en moyenne 35% des cas de paludisme, 60% des cas de diarrhées et 20% des cas de pneumonie notifiés chez les enfants de moins de 5 ans. Pour ce qui est de la santé des mères, l'impact de l'UNICEF en termes d'efficacité semble plus net dans la mesure où il y a eu une hausse des CPN1, de l'administration de fer folate et des TPI2. Ainsi, L'UNICEF a été le principal partenaire à avoir approvisionné le pays en sulfadoxine pyriméthamine (88% des traitements en TPI) et en 2015 près de la moitié de l'approvisionnement des formations sanitaires en fer acide folique pour prévenir l'anémie chez les femmes enceintes a été fourni par l'UNICEF.

Pour les aspects à améliorer, l'évaluation a fait ressortir qu'au niveau des formations sanitaires comme au niveau des DRSP, il n'y a pas d'outils dédié à la quantification et prévisions des produits de santé, ce qui peut aboutir à des évaluations inadéquates des besoins en intrants médicaux au niveau des formations sanitaires.

Les conditions de stockage des produits pharmaceutiques au niveau des magasins de stockage des districts, au niveau des CSI mais aussi dans les entrepôts de l'UNICEF ne sont pas totalement adaptées si l'on se réfère aux bonnes pratiques de stockage.

Par ailleurs, tous les CS et CSI visités ont connu en 2017 au moins une rupture de stock d'au moins une semaine d'un produit traceur et des ruptures ont aussi été observées dans les DS d'Illéla et de Madaoua. Cependant, la valeur des médicaments périmés dans les formations sanitaires visitées reste négligeable. Sur les 12 formations sanitaires visitées (HD, CSME, CSI, CS), seules deux n'ont pas du tout été en rupture de stock en 2017. Cependant, l'analyse des niveaux de ruptures de stock des médicaments n'a pu être faite. En effet, il n'a pas été possible d'évaluer le nombre de jours moyens de rupture de stock dans les sites visités afin d'apprécier l'impact de la politique de gratuité sur la disponibilité des médicaments. La nature des outils et la qualité de l'information disponible tant au niveau des DS qu'à celui des formations sanitaires ne permettent pas cette analyse. Ainsi, l'absence d'une organisation conséquente pour accompagner et soutenir l'intervention de l'UNICEF dans le cadre de la politique de gratuité ne permet pas de s'assurer que cette intervention n'est pas mise en œuvre au détriment de la qualité des soins. Il manque au dispositif en place un système de rapportage qui rend compte de l'évolution des principaux agrégats et autres indicateurs pour les besoins de suivi et d'aide à la prise de décisions.

Les insuffisances relevées dans le système national de gestion et de suivi des factures de la gratuité le long de la pyramide sanitaire et surtout au niveau de la cellule gratuité des soins restent également un défi important, d'autant que le retard dans le remboursement des factures affecte aussi la disponibilité de certains intrants. En effet, il y a un besoin de mieux articuler l'appui de l'UNICEF avec la politique nationale de gratuité des soins qui est mise en œuvre sur le plan national. Les retards dans le paiement des soins de gratuité illustrés par les factures impayées de la gratuité mettent à mal le bénéfice que peut tirer le système de l'intervention du programme UNICEF dans le cadre de la politique nationale de gratuité.

D'après les informations reçues de la Cellule Gratuité des Soins, pour le total des factures reçues en 2014 - 2017, près de 64% restaient encore non remboursées.

Pour ce qui est de **l'efficience**, l'évaluation révèle des insuffisances dans le système de gestion et de suivi des factures de la gratuité le long de la pyramide sanitaire et surtout au niveau de la cellule gratuité des soins. Les retards dans le système de remboursement des factures suggèrent qu'il y a un manque d'efficience de l'intervention. En effet il semblerait que l'étape d'analyse des factures au niveau des DRSP n'est pas faite car lors des entretiens avec la cellule gratuité des soins du MSP, cette dernière avait émis des doutes sur des factures de gratuité de soins non probantes qu'elle reçoit des DRSP. Par ailleurs, la proportion de 16,50% des montants des factures gratuité de soins reçues par la cellule gratuité des soins du Ministère de la Santé, représentée par les intrants médicaux de la gratuité des soins achetés par l'UNICEF et mis à la disposition des formations sanitaires sur la période 2014-2017, semble beaucoup sous-estimée pour la simple raison que les médicaments fournis par l'UNICEF ne sont pas valorisés au niveau des formations sanitaires et ne sont pas aussi défalqués des montants des factures émises. Les médicaments fournis par l'UNICEF sont donc utilisés par les formations sanitaires et ensuite facturés à l'Etat pour remboursement dans le cadre de la gratuité des soins.

En termes **d'équité**, l'appui de l'UNICEF joue son rôle car en appuyant les médicaments essentiels remboursables pour la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, des infections respiratoires aiguës, des CPN et des césariennes, l'UNICEF cible les populations parmi les plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes et les enfants. Une attention devrait cependant être portée sur le principe de vérification de l'existence d'une assurance maladie préalable pour le patient avant l'application de la gratuité des soins.

Pour ce qui est de la **traçabilité** des produits, elle est matérialisée par des waybill ou des bordereaux de livraison. Le dispositif actuel de l'UNICEF n'est pas totalement adapté pour suivre son appui car les supervisions spécifiques sur la gestion des médicaments ne sont pas organisées, les rapports logistiques ne sont pas élaborés au niveau des formations sanitaires et dans les districts sanitaires, la gestion des intrants médicaux fournis par l'UNICEF est fractionnée. Le système pilote de distribution des intrants des DS vers les CSI a manqué de suivi dans sa mise en œuvre. Et aussi des acteurs importants de la chaîne nationale d'approvisionnement notamment là DPH/MT, la DRSP n'ont pas été impliqués dans le suivi des intrants distribués par l'UNICEF. Un autre point à améliorer concerne cependant le suivi des demandes de réapprovisionnement qui ne sont pas archivées au niveau de la plupart des magasins de stockage des DS visités.

Pour ce qui est du **coût efficacité**, il est difficile de se prononcer précisément en l'absence de données sur les coûts, que ce soit concernant les interventions de l'UNICEF ou d'autres interventions qui auraient permis des comparaisons. Sur la période de 2014 à 2017, les achats de médicaments de la gratuité des soins représentent 118% des montants prévus dans les PBT correspondants, l'UNICEF a donc acheté plus d'intrants que prévus et les pertes de produits par péremption sont non significatives (taux de péremption estimé à 0,45% au niveau DS). Par exemple, il n'est pas possible de mesurer le coût-efficacité du système de distribution des intrants pharmaceutiques de l'UNICEF car les informations ne sont pas disponibles ; cela nécessiterait également de disposer d'informations plus exhaustives pour le système de distribution national par exemple, à des fins de comparaison, ce qui n'a pas été possible. Cependant on peut noter que sur la période 2014 – 2017, les coûts de distribution des intrants médicaux supportés par l'UNICEF se sont élevés à 211'963 USD contre 119'238 USD pour ceux facturés par l'ONPPC pour la distribution des intrants de lutte contre le paludisme financés par le Fonds mondial dans l'ensemble des DS du pays. Ce montant investi a permis

de mobiliser très rapidement des moyens logistiques pour l'acheminement des produits dans les DS (contrats avec plusieurs transporteurs privés) dans un délai moyen de 7 jours.

Enfin, concernant l'**externalité**, certains interlocuteurs rencontrés ont estimé que l'appui de l'UNICEF contribue au renforcement des systèmes de santé, notamment du système de gestion des achats et des stocks ; pour d'autre, il affaiblit le système de santé en général, et le système GAS en particulier du fait de l'existence d'une chaîne d'approvisionnement parallèle au système national dépendante du bailleur, avec une faible implication et appropriation par les formations sanitaires, et une faible implication des communes. La durabilité du système mis en place par l'UNICEF reste notamment un défi pour nombre d'interlocuteurs. Concernant les médicaments et intrants, beaucoup de répondants pensent que le renforcement de l'ONPPC peut être parmi les solutions de viabilité du système en cours. Par conséquent, l'UNICEF devra aller dans le sens d'une meilleure intégration de son appui au système national d'approvisionnement auquel il devra fournir aussi un support sur toutes les composantes de la chaînes d'approvisionnement.

Plus généralement, l'intervention de l'UNICEF est une expérience "sous perfusion forte" qui est entièrement financée et pilotée techniquement par le partenaire. Cette intervention n'est donc pas significative de la capacité du système national à faire fonctionner par lui-même un dispositif de gratuité. Ceci est en contradiction avec les discours officiels qui font la promotion de la déconcentration et la décentralisation, alors que cette intervention de l'UNICEF semble conduire à une recentralisation et une reconcentration. De fait, elle risque de contribuer à fragiliser les structures de gestion communautaire décentralisée qui ont été mises en place.

Enfin, l'intervention de l'UNICEF dans le cadre de la politique de gratuité ne permet pas de s'assurer que cette intervention n'est pas mise en œuvre au détriment de la qualité des soins. Il manque au dispositif en place un système de rapportage qui rend compte de l'évolution des principaux agrégats et autres indicateurs pour les besoins de suivi et d'aide à la prise de décisions.

6.3 Recommandations

Les recommandations formulées ci-dessous pour l'UNICEF sont relatives à son appui à la gratuité des soins et dont la mise en œuvre doit se faire à différents niveaux :

Au niveau central (Ministère de la Santé Publique)

i. Les textes :

Appuyer la révision des textes réglementaires de la gratuité des soins dans son ensemble afin de sécuriser le système et améliorer la prise en charge des patients cibles bénéficiaires. Ces révisions doivent porter sur l'arrêté portant création, organisation et attributions de la cellule de coordination et de suivi de la gratuité des soins mais aussi sur le manuel de gestion de la gratuité des soins notamment la revalorisation des tarifs forfaitaires appliqués, le formulaire de demande de remboursement pour prendre en compte les contributions directes en intrants médicaux des PTF, le mécanisme de suivi-évaluation de la gratuité des soins

ii. Le dispositif de gestion :

- a)** Appuyer la révision du mécanisme assurant le paiement des factures de gratuité des soins dans des délais raisonnables pour permettre aux formations sanitaires de renouveler leurs stocks en intrants à l'effet de soutenir la qualité et la continuité des soins notamment :
 - La mobilisation de fonds complémentaires pour assurer les dépenses de la gratuité des soins,

- La création d'une structure de gestion autonome de la politique de gratuité des soins de santé bien outillée avec des organes décentralisés.
- Un appui en ressources humaines/assistance technique afin de renforcer le système de paiement des factures,
- La création d'un comité national de coordination des interventions de la gratuité des soins qui doit regrouper la partie nationale et les différents PTF pour faciliter le suivi des différentes interventions dans ce volet

b) Aider à la mise en place d'un système de suivi et évaluation efficace, notamment :

- Aider à la mise en place d'un système de rapportage permettant de suivre les indicateurs de gestion de la gratuité au niveau national et des districts ;
- Appuyer les DS afin que les données de stock et de consommation des produits pharmaceutiques soient validées et reportées dans DHIS2 ;
- Participer à la révision du guide de supervision intégrée afin de prendre en compte dans la liste de contrôle, la vérification systématique du remplissage des fiches de stock, de sorties journalières et du Rumeg ;
- Appuyer la réalisation chaque année sur un échantillon de districts sanitaires l'audit interne et externe de la gestion financière et des intrants de la gratuité de soins.

lii. La chaîne d'approvisionnement :

a) Appuyer le développement et la mise en place en collaboration avec la DEP, la DPHMT et l'ONPPC, d'un outil harmonisé de quantification des produits de la gratuité des soins qui soit adapté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

b) Appuyer l'élaboration de plans annuels consolidés d'approvisionnement pour les produits et intrants de la gratuité des soins ;

S'assurer de l'intégration des produits de la gratuité des soins dans le SIGL national.

Au niveau des Directions Régionales de santé publique

- i. Organiser un atelier régional de suivi des activités de la gratuité ;
- ii. Lors de missions de supervisions, s'assurer que les textes réglementaires de la gratuité des soins qui seront révisés par le niveau central sont appliqués dans les structures sanitaires ;
- iii. Lors de missions de supervisions, s'assurer du fonctionnement des structures décentralisées de gestion autonome de la politique de gratuité des soins de santé qui seront mises en place par le niveau central ;
- iv. S'assurer que la coordination de la chaîne d'approvisionnement des produits de la gratuité des soins au niveau de la région est sous la responsabilité des pharmaciens des DRSP.
- v. Lors de missions de supervisions, s'assurer du suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins selon les directives fournies par le niveau central.

Au niveau des Districts Sanitaires

- i. Appuyer la mise en œuvre des recommandations qui seront issues des différents ateliers régionaux sur le suivi des activités de la gratuité des soins ;
- ii. Appuyer le renforcement de la gestion des stocks au niveau des pharmacies des DS à travers :
 - a) La mise à niveau des magasins de stockage visant à améliorer les conditions de stockage,**

- b) L'informatisation de la gestion des stocks pour assurer une meilleure traçabilité des intrants,
 - c) La formation continue/supervision des gestionnaires de stock
- iii. Appuyer l'appropriation des outils révisés de suivi et de gestion des factures de gratuité de soins qui seront mis en place par le niveau central.

Au niveau de l'UNICEF

- i. Appuyer le Ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres PTFs, pour adopter une réforme approfondie de la gestion de la gratuité permettant d'assurer la disponibilité des médicaments et de rendre fonctionnel les services de santé pour la fourniture de soins et services de qualité ;
- ii. Appuyer le fonctionnement du comité national de coordination des interventions de la gratuité des soins ;
- iii. Appuyer l'organisation des ateliers régionaux de suivi des activités de la gratuité des soins ;
- iv. Maintenir l'appui de l'UNICEF en approvisionnement de médicaments essentiels remboursables à destination des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes en attendant la réforme relative à la gestion de la gratuité des soins;
- v. Accompagner le Ministère de la Santé dans la mise en place et le suivi d'indicateurs de performance en lien avec la chaîne d'approvisionnement des produits de la gratuité des soins ;
- vi. Accompagner le Ministère de la Santé dans la mise en place et le suivi d'indicateurs de performance en lien avec la chaîne d'approvisionnement des produits de la gratuité des soins ;
- vii. Appuyer la mise en place un système de rapportage permettant de suivre les indicateurs de gestion de la gratuité et les interventions spécifiques à chaque partenaire ;
- viii. En collaboration avec le Ministère de la Santé, renforcer l'implication des structures du niveau central et régional dans le processus d'approvisionnement des districts sanitaires en vue d'une meilleure traçabilité des intrants fournis par les différents partenaires.

7. Annexes

Annexe 1 : Termes de Référence

unissons-nous
pour les enfants



TERMES DE REFERENCE

EVALUATION DE L'INTERVENTION DU PROGRAMME UNICEF DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE DE LA GRATUITE DES SOINS AU NIGER

1. Contexte et justification du service demandé

Malgré d'importants progrès réalisés par le Niger en matière de survie de l'enfant durant la période 1990-2015, les taux de mortalité demeurent néanmoins élevés étant estimés à, respectivement, 127 décès infanto-juvéniles, 51 décès infantiles, et 24 décès néonatales pour 1,000 naissances vivantes. Les causes principales de décès chez les enfants de moins de cinq ans sont la pneumonie (19%), la diarrhée (11%), le paludisme (11%), les accidents (6%), la méningite (5%) et les causes néonatales dont la prématurité (9%), l'asphyxie (8%), et les infections (6%). La mortalité maternelle demeure également élevée étant estimée à 535 décès pour 100,000 naissances vivantes. Les causes principales de décès maternels sont les l'hémorragie (25%), l'hypertension (16%), les infections (10%) et les avortements à risque (9%)^{1 2}. On constate que la plupart des décès chez les enfants et les femmes sont dues à des causes pour lesquelles des soins de santé préventifs et curatifs existent mais ne sont pas entièrement disponibles, et/ou accessibles et/ou fournis de façon efficace à cause de défis multiples.

Parmi les principaux problèmes relatifs au Système de Santé Nigérien, on relève : (i) un taux de couverture sanitaire insuffisante avec 32% des enfants et des mères couverts par des soins et services de santé essentiels³ ; (ii) des carences en matière de Ressources Humaines pour la Santé à cause d'insuffisances numériques, d'un mix inadéquat de compétences techniques, de mal-répartition géographique, et d'inefficacité des stratégies de rétention en milieu rural et défavorisé ; (iii) des ruptures de stocks quasi constantes des médicaments essentiels dans les formations sanitaires, surtout au niveau périphérique dû aux faiblesses du système d'approvisionnement et distribution des intrants ; iv) des barrières financières sous-jacentes qui empêchent l'accès aux soins essentiels par la quasi-totalité de la population dû aux coûts directs des prestations et/ou coûts directs associés tels que les diagnostics, médicaments, produits pharmaceutiques et transport.

Le Secteur de la Santé souffre de sous-financement chronique avec, respectivement, seulement 2.4% du Produit Intérieur Brut et 4.6% du budget de l'Etat alloués au Secteur de la Santé⁴. La source principale (61%) de financement des soins de santé maternelle, néonatale et infantile⁵ est le paiement direct par l'utilisateur. Ainsi le coût demeure la principale barrière à l'accès par les pauvres, ceux qui représentent presque la moitié (48%) de la population au Niger⁶. A cause des barrières financières qui empêchent l'accès aux soins de santé, on observe des taux de couverture systématiquement plus faible auprès des couches les plus pauvres de la population. Moins de 12% des accouchements dans le quintile de la population la plus pauvre ont été assistés par un prestataire de service formé, par rapport à 29% de moyenne nationale et 71% dans le quintile de la population la plus riche⁷.

La politique de gratuité des soins au Niger

Afin d'améliorer l'accès financier aux soins, en 2006 le Gouvernement du Niger a introduit la gratuité pour les soins curatifs et préventifs aux enfants de 0 à 5 ans et pour certains soins de santé gynécologiques et obstétricaux notamment les consultations prénatales, la planification familiale, la césarienne, et la thérapie des cancers du sein et de l'utérus. Le cadre juridique de la politique de gratuité est constitué par deux Décrets de 2005 et 2007 et trois Arrêtés de 2006⁸.

La politique de gratuité des soins prévoit un préfinancement par les structures de santé qui ensuite soumettent des justificatifs pour obtenir le remboursement des soins gratuits par l'Etat du Niger selon le Tableau Récapitulatif de la Tarification de la Gratuité de Soins, avec un tarif forfaitaire pour chaque catégorie de prestation et chaque niveau de formation sanitaire afin d'harmoniser l'application de la gratuité. Le Manuel de Gestion de la Gratuité décrit les modes de paiements des prestations de soin et des réapprovisionnements en médicaments et consommables.

A la suite des discussions budgétaires de 2006, le Ministère de la Santé Publique a obtenu la création d'une ligne budgétaire « Gratuité », financée chaque année par le Ministère des Finances. Avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, le Gouvernement du Niger tâche de rembourser dans les délais afin de permettre aux structures de santé d'acheter les médicaments et tout autre produit pharmaceutique nécessaire. Cependant les remboursements sont généralement en retard, incomplets, et imprévisibles entraînant ainsi l'incapacité par les structures de santé de maintenir leurs fonds tournants et leurs dettes avec leurs fournisseurs de médicaments et autres produits pharmaceutiques. A titre illustratif, entre 2006 et 2015, le taux de remboursement au niveau des structures centrales a été de seulement 51% soit 7, 290, 685,102 FCFA⁹. Au total plus de 25 milliards FCFA restent impayées du début de la gratuité en 2006 à 2015¹⁰. On observe également l'existence de doubles paiements ainsi que d'écarts importants non justifiés de factures entre le niveau central et les structures opérationnelles¹¹.

Depuis l'instauration de la politique de gratuité, on observe une amélioration de l'utilisation des soins par les populations vulnérables. En 2008, environ deux ans après l'introduction de la politique, le taux d'utilisation des soins s'était accru de +147% ; en particulier, la gratuité aurait donné accès aux populations situées au-delà de 15 km d'une structure sanitaire et eu des effets majeurs sur les soins pédiatriques curatifs et les services préventifs de consultation prénatale¹². Selon l'étude sur la gratuité des soins conduite en 2015 par l'INS, plus de 95% des bénéficiaires déclarent avoir recours aux formations sanitaires publiques en cas de problème de santé¹³. Par contre, l'accès financier aux soins et la protection financière des ménages défavorisés demeurent limités à cause d'insuffisances dans le financement et la gestion de la gratuité. En plus du sous-financement chronique du Secteur de la Santé, le processus de remboursement des factures demeure un défi majeur pour la disponibilité des médicaments et autres intrants nécessaires à l'offre de service, avec des répercussions sur l'accès aux soins ainsi que leur qualité. Les données disponibles dans 17 communes indiquent que 22% des femmes ayant accouché dans une structure de santé publique a eu de dépenses liées à ce service pourtant éligible de gratuité ; de la même manière, 5% et 6% des enfants de moins de cinq ans ont reçu des soins payants pour le traitement, respectivement, de la diarrhée et du paludisme¹⁴.

L'appui de l'UNICEF à la gratuité des soins au Niger

Au Niger comme dans d'autres pays ayant introduit la gratuité des soins, un des effets attendus et immédiats de la politique de gratuité a été l'augmentation quasi automatique de la demande de service. Ceci a entraîné une augmentation de la pression sur le Système de Santé devant assurer des moyens suffisants permettant de l'augmentation de l'offre de service nécessaire à satisfaire l'augmentation de la demande. Par conséquent, la disponibilité de médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des prestataires de service sont des composantes essentielles pour la mise en œuvre efficace de la gratuité.

C'est pour cela que l'UNICEF s'est mobilisé afin d'appuyer le Gouvernement du Niger dans la mise en œuvre de mesures immédiates et efficaces, notamment l'approvisionnement en intrants. Depuis 2014, l'UNICEF appuie la politique nationale de gratuité des soins par l'approvisionnement en médicaments essentiels pour la prise en charge du paludisme, la diarrhée, et la pneumonie notamment les médicaments anti-paludisme, les Sels de Réhydratation Orale et le Zinc pour le traitement de la diarrhée, et les antibiotiques pour le traitement des Infections Respiratoires Aigües, ainsi que les Moustiquaires Imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'Action (MILDA) et le Traitement Intermittent Présomptif contre le paludisme dans le cadre des Consultations Périnatales et les kits pour la Césarienne: Centres de Santé Intégrés 56%; Hôpitaux de Districts (88%); Centres Hospitaliers Régionaux/Maternités de Référence Régionale/Centres de Santé Mère et Enfant (29%); Hôpitaux Nationaux (100%)¹⁵. L'UNICEF a pris en charge 25% des besoins des intrants mentionnées dans l'ensemble du pays. Ainsi, en 2015, l'UNICEF a approvisionné 147 formations sanitaires (couvrant 620,060 enfants de moins de 5 ans), appartenant à 21 Districts, en coordination avec d'autres partenaires qui ont couverts les formations sanitaires restantes.¹⁶.

Cependant, l'appui de l'UNICEF à la mise en œuvre de la gratuité est contraint par plusieurs défis, notamment :

- Le manque de contrôle sur l'application effective de la gratuité;
- Les ruptures de stock chroniques de médicaments essentiels et autres intrants pharmaceutiques, reportées surtout au niveau des Centres de Santé Intégrés (9-42%) et des Hôpitaux de District (14-37%)¹⁷.
- Les problèmes de traçabilité et transparence des approvisionnements fournis par l'UNICEF, à cause de contrôles limités aptes à assurer l'utilisation par les destinataires ;

Or ces défis risquent de n'entraîner rien d'autre qu'une gratuité théorique ou nominale, voire une fausse gratuité qui pénalise les pauvres, c'est-à-dire les véritables bénéficiaires de la politique et du programme nationale de gratuité. En effet, une partie sous-optimale (75%) des bénéficiaires de la gratuité indique avoir reçu tous les médicaments, et le même pourcentage indique qu'il faudrait éviter les ruptures de stocks des médicaments afin d'améliorer le système de la gratuité¹⁸.

2. But et objectif du service demandé

Le but de cette évaluation formative est d'évaluer l'intervention du programme UNICEF 2014-2018 en appui à la politique nationale de gratuité des soins et de proposer des options pour son optimisation.

Domaines d'analyse et questions de recherche:

- i. Pertinence : Dans quelle mesure l'intervention de l'UNICEF est-elle une stratégie adéquate pour appuyer la politique nationale de gratuité des soins et accroître l'utilisation de ces soins pour les enfants de moins de cinq ans? Dans quelle mesure l'intervention de l'UNICEF est-elle complémentaire et coordonnée avec les stratégies et programmes mis en place par le gouvernement et partenaires de développement dans le cadre de la politique nationale de gratuité des soins ? Dans quelle mesure l'intervention de l'UNICEF répond-elle au problème des barrières financières empêchant l'accès aux soins par les femmes et les enfants, notamment les plus vulnérables et exclus? L'appui en approvisionnements de médicaments et autres intrants pharmaceutiques de l'UNICEF est-il pertinent par rapport aux besoins du pays et en coordination avec les autres Partenaires Techniques et Financiers? L'intervention inclut-elle suffisamment d'actions de Renforcement du Système de Santé?
- ii. Efficacité : L'efficacité est définie comme l'amélioration de l'accès et utilisation des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes éligibles dans le cadre de la politique nationale de gratuité des soins. Dans quelle mesure l'intervention de l'UNICEF a-t-elle contribué à améliorer l'utilisation des soins par les enfants de moins de cinq ? Dans quelle mesure l'intervention de l'UNICEF a-t-elle bénéficié aux femmes et enfants de moins de cinq ans ? Quel est le nombre et pourcentage de la population éligible à la gratuité des soins ayant bénéficié des médicaments gratuits à travers l'intervention de l'UNICEF? Quel est le nombre et le pourcentage des formations sanitaires en rupture de stock pendant la période de référence malgré l'approvisionnement de médicaments et autres produits pharmaceutiques par l'UNICEF ? Quels sont les facteurs qui ont soutenu ou contraint la performance ? Est-ce que les médicaments disponibles sont-ils effectivement gratuits ?
- i. Efficience : L'intervention de l'UNICEF atteint-elle les résultats attendus au prix d'une consommation optimale des ressources allouées? Les coûts de l'intervention sont-ils raisonnables par rapport aux bénéfices atteints ? Les mêmes résultats auraient-ils pu être atteints de manière plus économique ? Dans quelle mesure l'UNICEF a coordonné l'utilisation de ses ressources avec celles du Gouvernement et des autres Partenaires ? La convergence, complémentarité et intégration ont été adéquates ?
- i. Equité : Comment l'UNICEF a traité l'équité dans son appui à la politique de gratuité des soins? Dans quelle mesure l'intervention de l'UNICEF étaient-elles conçue et mise en œuvre pour atteindre les couches les plus pauvres de la population ? L'intervention de l'UNICEF a-t-elle produit des résultats positifs pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes les plus défavorisés ? ? Quels ont été les effets sur le taux d'utilisation et sur le taux de paiement direct des soins éligibles de gratuité pour les enfants <5 ans et les femmes chez les couches les plus pauvres de la population ?

- v. **Traçabilité :** L'intervention est-elle gérée de façon transparente à chaque étape jusqu'aux destinataires (end-users)? Les mécanismes de monitoring et redevabilité à disposition des gestionnaires sont adéquats-ils afin d'assurer la traçabilité des intrants jusqu'à la population éligible à la gratuité des soins? En quelle mesure les systèmes de l'UNICEF sont aptes à monitorer son appui? Les fonctions de monitoring et contrôle ont-elles bénéficié des ressources adéquates ?
- vi. **Coût-efficacité :** quel a été le coût des différentes interventions soutenues par l'UNICEF dans le cadre de son appui à la politique nationale de gratuité des soins ? Dans quelles mesures ces coûts ont-ils été optimisés afin d'obtenir le meilleur ratio coût-efficacité? Avec les fonds alloués par UNICEF, aurait-on pu avoir plus d'impact avec d'autres interventions aptes à appuyer la mise en œuvre de la gratuité des soins, voire d'autres interventions adressant les barrières à l'accès aux soins telles que les barrières financières et/ou géographiques/physiques?
- vii. **Externalités :** L'intervention de l'UNICEF a-t-elle contribué à renforcer le Système de Santé, notamment la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits pharmaceutiques ? L'appui de l'UNICEF contribue-t-il à la création et renforcement d'un environnement favorable à la Couverture Sanitaire Universelle ? Dans quelle mesure des considérations de pérennisation (technique, financière, institutionnelle) ont été intégrées dans la démarche de l'UNICEF ? Dans quelle mesure les résultats obtenus peuvent être pérennisés? Quels sont les risques pour la pérennisation ? Quel est le volume total et le pourcentage du budget des formations sanitaires et du secteur santé rendus disponibles (« freed up ») suite à l'approvisionnement de médicaments et autres produits pharmaceutiques par l'UNICEF ?

3. Méthodologie / Approche / Tâches à mener par le prestataire de service

La méthodologie de l'étude sera développée par l'équipe d'étude en consultation avec l'UNICEF et le Ministère de la Santé Publique du Niger, y compris avec les techniques d'analyse suivantes:

- **Revue de la littérature :** La documentation concernant les interventions menées par l'UNICEF au profit de la politique nationale de gratuité des soins y compris les documents de stratégie et programmation sectorielle, les rapports de progrès de mise en œuvre et de suivi des activités concernées par l'étude, notamment la documentation relative aux approvisionnements en médicaments et autres intrants pharmaceutiques, et les rapports des partenaires d'exécution.
- **Données quantitatives primaires :** l'étude produira une base de données primaire pertinente et fiable portant sur l'appui de l'UNICEF à la mise en œuvre effective de la politique de gratuité ainsi que la disponibilité et l'accès aux médicaments et autres produits pharmaceutiques pour les prestations gratuites. Les données seront collectées au niveau des formations sanitaires et/ou des ménages, ces derniers sélectionnés sur un échantillon des populations éligibles pour la gratuité. Certaines questions sur la gratuité ont été incluses dans le questionnaire d'une étude prévue par l'UNICEF employant la méthodologie Lot Quality Assurance Survey (LQAS). Les synergies entre les deux études devront être assurées.

- Données quantitatives secondaires : Les données existantes y compris (i) les données recueillies dans le cadre de la planification, mise en œuvre, et suivi des activités du programme, (ii) les données du système d'informations sanitaires de routine, (iii) les données d'enquêtes au niveau des ménages et/ou des formations sanitaires, et (iv) toutes autres données pertinentes. En particulier, les données concernant les approvisionnements de médicaments et autres produits pharmaceutiques seront exploitées afin de documenter le niveau de disponibilité des intrants, ainsi que les délais d'approvisionnement et les effets sur la mise en œuvre de la politique de gratuité.
- Entretiens individuels auprès d'informateurs clés : Les informations et données disponibles par les techniques sur-mentionnées seront enrichies, triangulées, et contextualisées par des entretiens semi-structurés individuels avec des informateurs clés, notamment les partenaires gouvernementaux (Ministère de la Santé Publique), les partenaires d'exécution au niveau des formations sanitaires et des districts sanitaires, et les Partenaires Techniques et Financiers.)
- Discussions en groupe focal (DGFs) : Les informations et données disponibles par les techniques sur-mentionnées seront enrichies, triangulées, et contextualisées par des entretiens semi-structurés en groupe avec les intervenants de la gratuité notamment les Ressources Humaines pour la Santé au niveau des formations sanitaires et la population éligible par le biais des structures communautaires notamment les Comités de Santé (COSAN) et de femmes (directement éligibles de gratuité et/ou mères d'enfants de moins de 5 ans). Les discussions en groupe focal utiliseront des méthodologies garantissant l'éthique de la recherche ainsi que la pleine participation et expression des catégories de populations impliquées.

4. Résultats / Produits attendus

Les Résultats attendus sont :

Un état des lieux des réalisations du programme par rapport à l'intention initiale en analysant leur logique d'intervention, les résultats attendus, les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats, et les contraintes rencontrées afin d'évaluer en quelle mesure l'intervention de l'UNICEF est « fit for purpose ». Cette analyse de performance portera donc sur les domaines suivants : Pertinence ; Efficacité ; Efficience ; Equité ; et Traçabilité.

Une proposition d'options aptes à améliorer l'appui de l'UNICEF à la politique nationale de gratuité des soins, surtout en faveur des populations les plus pauvres et défavorisées. En outre, les propositions pourront porter aussi sur d'autres domaines d'interventions déterminants la performance de la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins, notamment :

- La Gouvernance et le Leadership du Secteur de la Santé ;
- Le financement du Secteur de la Santé ;
- Les Ressources Humaines pour la Santé ;
- Les Informations Sanitaires.

Les Résultats attendus sont :

IFP- 9136203 – Evaluation de l'intervention du programme UNICEF dans le cadre de la politique de la gratuité des soins au Niger

- i. Une note d'orientation décrivant le plan de l'étude. La note déclinera les contenus, les méthodologies préconisées, les outils de collecte et analyse des informations et données, le processus d'analyse des informations et données et formulation des conclusions et recommandations, ainsi qu'un plan de mise en œuvre avec le chronogramme détaillé du plan de travail. Elle sera présentée pour discussion et validation à l'UNICEF et au Ministère de la Santé Publique.
- ii. Un rapport préliminaire fera l'objet de discussions avec l'UNICEF et le Ministère de la Santé Publique concernant l'état d'avancement de l'étude, les modifications éventuelles, les résultats préliminaires de la collecte et analyse d'informations et données, les conclusions et recommandations dont la pertinence et la faisabilité seront testées avec l'équipe Survie de l'UNICEF et le Ministère de la Santé Publique. Le rapport préliminaire sera accompagné d'une présentation Powerpoint.
- iii. Le rapport final présentant les différents résultats obtenus conformément aux objectifs spécifiques contiendra un résumé analytique de 3-4 pages présentant une brève description du contexte de l'étude, les objectifs, la méthodologie, les principaux résultats, les conclusions et les recommandations concernant l'implication de l'UNICEF en appui à la politique nationale de gratuité des soins au Niger. Le rapport final sera accompagné d'une présentation Powerpoint.

Annexe 2 : Outils de collecte des données

1. Guide d'entretien avec les partenaires

1. Guide d'entretien avec les partenaires		
		Date de l'entretien Nom de l'entité rencontrée
#	Critères d'évaluation	Questions
A	Pertinence	1. Pourquoi l'UNICEF a-t-il opté pour l'initiative d'approvisionnement des FOSA en produits de santé comme appui à la politique de la gratuité des soins?
		2. L'initiative de l'UNICEF est-elle en conformité avec politiques/stratégies nationales et internationales de la gratuité?
		3. Les bénéficiaires (FOSA, End users) considèrent-ils que les interventions leur aient été utiles ?
B	Efficacité	1. Pensez vous que l'intervention de l'UNICEF a conduit à l'augmentation de la demande de service?
		2. Pensez vous que l'intervention de l'UNICEF a permis d'assurer une disponibilité continue des médicaments et autres intrants médicaux dans les FOSA dans le cadre de la gratuité des soins?
C	Efficience	1. Les coûts de l'intervention sont-ils raisonnables par rapport aux bénéfices atteints ?
		2. Les mêmes résultats auraient-ils pu être atteints de manière plus économique ?
D	Equité	1. Les dons de médicaments et autres intrants médicaux fournis par l'UNICEF ont -ils été destinés aux bénéficiaires?
		2. Pensez vous que la répartition des médicaments et autres intrants entre les FOSA est faite sur des critères objectifs?
E	Traçabilité	1. L'approvisionnement des FOSA en médicaments et autres intrants médicaux est-elle documenté à tous les niveaux?
		2. La délivrance des médicaments et autres intrants médicaux UNICEF aux bénéficiaires est-elle vérifiable au point de service?
		3. Les mécanismes de monitoring et redevabilité à disposition des gestionnaires (Points focaux gratuité, Chef CSI, Chargé de base de données, chargé de suivi-évaluation) sont-ils adéquats afin d'assurer la traçabilité des intrants jusqu'à la population éligible à la gratuité des soins?
		4. Dans quelle mesure DRSP/DS sont aptes à monitorer la gratuité des soins dans les FOSA?
F	Externalité	1. L'intervention de l'UNICEF a-t-elle contribué à renforcer le Système de Santé, notamment la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits pharmaceutiques ?
		2. L'appui de l'UNICEF contribue-t-il à la création et renforcement d'un environnement favorable à la Couverture Sanitaire Universelle ?
		3. Quelle a été la contribution de votre institution dans la gratuité des soins?
G	Durabilité	Quelles sont les conditions de viabilité financière?
		Quelles sont les conditions de viabilité institutionnelle?
		Quelles sont les conditions de viabilité programmatique?

2. Questionnaire_Prévision des besoins en produits de santé de la gratuité des soins
(UNICEF, DPHMT, DRSP, DS)

		Date de l'entretien								
		Nom de l'entité rencontrée	UNICEF	DPHMT	DRSP Tahoua	DS Illéla	DS Madaoua	DRSP Maradi	DS Dakoro	DS Mayayi
		Points à Vérifier <i>(Les informations à collecter concernent la période de 2014 à 2018)</i>								
PREVISION	A. PREVISION									
	1	Existe t-il un outil dédié à la prévision des besoins en intrants médicaux?								
	2	Quelle est la méthodologie et les données utilisées pour faire la prévision des besoins en intrants médicaux?								
	3	Quel est le processus de validation des quantifications élaborées?								
	4	Existe t-il un plan d'achat /approvisionnement des intrants médicaux?								
	5	Ces plans font il l'objet de révision au cours de l'année								
	6	Ces plans sont-il partagé avec les acteurs nationaux?								

3. Questionnaire Réception&Stockage
(Entrepôts UNICEF, Pharmacies DS, CSI et CS)

		Date de l'entretien		
		Nom de l'entité rencontrée		
<i>NB: Certaines questions ne sont applicables que pour les Entrepôts de l'UNICEF</i>				
B. RECEPTION - STOCKAGE		Résultats	Commentaires	
Points à Vérifier <i>(Les informations à collecter concernent la période de 2014 à 2018)</i>				
RECEPTION - STOCKAGE	1	Des autorisations d'importation et d'enlèvement sont retirées par l'UNICEF auprès de la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle dans le cadre des opérations de transit?		
	2	Quelle est la durée moyenne des opérations de transit?		
	3	Des tests de contrôle de qualité sont effectués à la réception des intrants médicaux dans les entrepôts de l'UNICEF		
	a	<i>Comment est fait l'échantillonnage?</i>		
	b	<i>Quel est le laboratoire de CQ chargé des analyses?</i>		
	c	<i>Quel est le délai de rendu des résultats?</i>		
	4	Existence de Procédures Opérationnelles Standardisées pour les activités liées à la gestion des stocks de produits médicaux?		
	5	La température des entrepôts et magasins de stockage des produits est régulièrement relevée?		
	6	Quelles sont les plages maximales de températures enregistrées dans ces entrepôts/magasins?		
	7	Rangement des produits dans les points de stockage (sol, palette, étagères, Rack...)		
	8	Les entrepôts et points de stockage sont maintenus en bon état pour éviter la pénétration de la lumière du soleil et de l'eau?		
	9	Décrire les capacités de stockage des points de stockage visité (volume, superficie) et leur adéquation par rapport aux volumes de produits stockés.		
	10	Les produits thermosensibles sont-ils conservés entre +2 et +8 degrés Celsius?		
	11	Décrire le dispositif anti-incendie en place dans les entrepôts/magasins de stockage		
	12	Ce dispositif anti-incendie est-il périodiquement contrôlé?		
	13	Ces entrepôts et les produits stockés sont-ils couverts par une police d'assurance?		
	14	Décrire le processus de réception des produits UNICEF aux différents points de stockage dans les formations sanitaires		
	15	Lister les différents outils de gestion de stock disponibles dans les différents points de stockage		
	16	Les Fiches de stock sont-elles régulièrement mise à jour?		
17	La gestion des stocks est faite selon le respect du principe FEFO?			
18	Les inventaires périodiques des stocks sont-ils réalisés?			
19	Quels sont les produits UNICEF périmés au point de stockage visité?			

4. Questionnaire Distribution
(Entrepôts UNICEF, ONPPC, DS, Transporteurs privés)

Date de l'entretien

Nom de l'entité rencontrée

NB: Certaines questions ne sont applicables à certains acteurs

C. DISTRIBUTION		Points à Vérifier <i>(Les informations à collecter concernent la période de 2014 à 2018)</i>	Résultats	Commentaires
DISTRIBUTION	1	Le processus de commande / réquisition suit-il un cycle ou un calendrier prédéfini?		
	2	Les cycles de distribution suivent-ils un calendrier et des itinéraires prédéfinis?		
	3	La gamme et le nombre de véhicules utilisés sont-ils adéquats pour remplir efficacement les fonctions de distribution des produits médicaux?		
	4	Quelle est la base de facturation des services de distribution par les agences de transport?		
	5	La performance des agences de transport est régulièrement suivie?		
	6	Décrire les difficultés majeures rencontrées lors des opérations de distribution des intrants médicaux?		
	7	Les formations sanitaires disposent-elles des outils et des procédures opérationnelles normalisées nécessaires pour réquisitionner et recevoir les produits?		
	8	Quel est souvent le délai entre la date de passation de la commande et la date de réception des produits commandés par la formation sanitaire?		
	9	Quel est souvent le délai moyen mis par l'agence de transport pour livrer les produits de l'entrepôt de l'UNICEF aux Districts Sanitaires?		
	10	Quel est souvent le délai moyen mis par l'agence de transport pour livrer les produits des Districts Sanitaires aux Centres de Santé Intégrés?		
	11	Quels sont les facteurs qui influent sur ces délais de livraisons ?		
	12	Quel est le montant annuel facturé à l'UNICEF ou aux DS par l'agence de transport pour les services de distribution des intrants médicaux gratuits des soins?		
	13	Quel est le volume annuel de produits médicaux transporté et distribué par l'agence de transport (m3)		
	14	Quel est le circuit de distribution et les distances parcourues par l'agence de transport au cours de l'année pour la distribution des intrants médicaux gratuits des soins pour le même circuit?		
	15	Quel est souvent le délai moyen mis par l'ONPPC pour livrer les intrants de lutte contre le paludisme de l'entrepôt de l'ONPPC aux Districts Sanitaires?		
	16	Quel est le montant annuel facturé à CRS par l'ONPPC pour les services de distribution des intrants de lutte contre le paludisme (LP)?		
	17	Quel est le volume annuel des ILP transportés et distribués par l'ONPPC?		
	18	Quel est le circuit de distribution des ILP et les distances parcourues par l'ONPPC pour ce même circuit au cours de l'année ?		

Questionnaire Traçabilité & Disponibilité (Entrepôt UNICEF, DS, CSI, CS)		Date de l'entretien	Nom de l'entité rencontrée	
<i>NB: Certaines questions ne sont applicables à certains acteurs</i>				
TRACABILITE & DISPONIBILITE	D. TRACABILITE		Résultats	Commentaires
	Points à Vérifier <i>(Les informations à collecter concernent la période de 2014 à 2018)</i>			
	1	Les preuves de livraison sous forme de bons de livraison signés sont-elles disponibles et correctement remplies?		
	2	Décrire comment est fait l'archivage des Bordereaux de livraison UNICEF au niveau de la formation sanitaire		
	3	Quel est le nombre de produits expédiés chaque année par l'UNICEF au DS ?		
	4	Quel est le nombre de produits expédiés chaque année par l'UNICEF au DS et reçus conforme au Bordereaux de Livraison?		
	5	Quel est le nombre de produits UNICEF expédiés chaque année par le DS au CSI?		
	6	Quel est le nombre de produits UNICEF expédiés chaque année par le DS au CSI et reçus conforme au Bordereaux de Livraison?		
	7	Quelles sont les causes des écarts éventuels observés entre les quantités expédiées et les quantités réceptionnées?		
	8	Quel est le nombre de produits UNICEF reçus par le Districts Sanitaire et tracés sur les fiches de stock		
	9	Quel est le nombre de produits UNICEF reçus par le Centre de Santé Intégré et tracés sur les fiches de stock		
	10	Quel est le nombre de réception de produits UNICEF effectué par le DS?		
	11	Quel est le nombre de rapports de réception de dons de produits UNICEF que le District Sanitaire a transmis à la Direction Régionale de la Santé Publique.		
	12	Produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours des 12 derniers mois au niveau District Sanitaire		
	a	<i>Artemether 20mg + Lunefantrine 120mg, comprimé</i>		
	b	<i>Test de Diagnostic Rapide Malaria</i>		
	c	<i>Zinc 20 mg, comprimé</i>		
	d	<i>Sels de Réhydratation Oral (SRO) 20,5 g</i>		
	e	<i>Amoxicilline 250mg et 500mg</i>		
	f	<i>Ceftriaxone injectable 250 mg ou 1 g</i>		
g	<i>Sulfadoxine 500mg + Pyrimethamine 25mg comprimé</i>			
j	<i>Fer 60mg + Acide Folique 4 mg, comprimé</i>			
n	<i>Albendazole 400mg ou Mebendazole 500mg comprimé</i>			
13	Produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours des 12 derniers mois au niveau Centre de Santé Intégré			
a	<i>Artemether 20mg + Lunefantrine 120mg, comprimé</i>			
b	<i>Test de Diagnostic Rapide Malaria</i>			
c	<i>Zinc 20 mg, comprimé</i>			
d	<i>Sels de Réhydratation Oral (SRO) 20,5 g</i>			
e	<i>Amoxicilline 250mg et 500mg</i>			
f	<i>Ceftriaxone injectable 250 mg ou 1 g</i>			
g	<i>Sulfadoxine 500mg + Pyrimethamine 25mg comprimé</i>			
j	<i>Fer 60mg + Acide Folique 4 mg, comprimé</i>			
n	<i>Albendazole 400mg ou Mebendazole 500mg comprimé</i>			
14	Quelles ont été les causes des ruptures de stock observées?			
15	Quel est le nombre de médicaments prescrits par la formation sanitaire sur les échantillons des ordonnances gratuité de soins?			
16	Quel est le nombre de médicaments délivrés par la formation sanitaire sur les échantillons des ordonnances gratuité de soins considérées?			
	Nombre et Pourcentage d'ordonnances à prescription abusive			

Indicateurs Proposés	Données Collectées																		
	2014			2015			2016			2017			2018			Résultats 2014 - 2018			
	N#	D#	%	N#	D#	%	N#	D#	%	N#	D#	%	N#	D#	%	N#	D#	%	
1.a_Existence d'un outil ou d'une méthode de prévision, utilisé de manière régulière pour l'évaluation des besoins en intrants médicaux.																			
1.b_Proportion des quantités d'intrants médicaux achetées sur la période de l'étude par rapport aux quantités totales prévues pour la même période.																			
2.1_Nombre moyen de jours entre l'arrivée en port/aéroport des produits et leur arrivée en entrepôt																			
2.2_Durée moyenne de la mise en quarantaine des produits au niveau de l'entrepôt central de l'UNICEF																			
2.3_Valeur ou proportion de produits UNICEF périmés dans les formations sanitaires visitées																			
3.1_Durée moyenne écoulée entre la date à laquelle la commande a été passée et la date à laquelle elle a été reçue dans la formation sanitaire																			
3.2_Délais moyens de livraison des intrants médicaux de l'entrepôt de l'UNICEF aux Districts Sanitaires																			
3.3_Délais moyens de livraison des intrants médicaux de l'entrepôt des Districts Sanitaires aux Centres de Santé Intégré																			
3.4_Comparatif des délais moyens de livraison des intrants médicaux entre le système de distribution de l'ONPPC de lutte contre le paludisme de l'entrepôt de l'UNICEF et celui de l'ONPPC.																			
3.5_Comparatif des coûts de distribution entre le système de distribution de l'ONPPC de lutte contre le paludisme de l'entrepôt de l'UNICEF et celui de l'ONPPC.																			
4.1.a_Nombre ou Pourcentage de produits expédiés par l'UNICEF et reçus conforme au Bordereau de livraison dans le District Sanitaire																			
4.1.b_Nombre ou Pourcentage de produits UNICEF expédiés par le District Sanitaire et reçus conforme au Bordereau de livraison dans le Centre de Santé Intégré																			
4.1.c_Nombre ou pourcentage de produits UNICEF reçus par le Districts Sanitaire et tracés sur les fiches de stock																			
4.1.d_Nombre ou pourcentage de produits UNICEF reçus par le Centre de Santé Intégré et tracés sur les fiches de stock																			
4.1.e_Nombre ou pourcentage de rapports de réception de dons de produits UNICEF que le District Sanitaire a transmis à la Direction Régionale de la Santé Publique																			
4.2.a_Nombre et proportion de produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours des 12 derniers mois au niveau District Sanitaire																			
4.2.b_Nombre et proportion de produits traceurs ayant fait l'objet de rupture de stock d'au moins 1 semaine au cours des 12 derniers mois au niveau Centre de Santé Intégré																			
4.2.c_Nombre ou proportion de médicaments prescrits et effectivement délivrés par la formation sanitaire																			
5.1_Dépenses totales liées à l'achat des produits de gratuité des soins fournis par l'UNICEF de 2014 à 2018 incluant les coûts annexes de gestion des stocks																			
5.2_Coût total des produits médicaux distribués par l'UNICEF aux formations sanitaires dans le cadre de la gratuité des soins																			
5.3_Coûts et % de la contribution de l'UNICEF en produits médicaux à la gratuité des soins au niveau national																			
5.4_Coûts et % de la contribution de l'UNICEF en produits médicaux à la gratuité des soins au niveau des districts sanitaires																			
6_Nombre ou proportion de rapports logistiques qui ont été soumis à l'UNICEF par la DRSP, les DS ou les ONG appuyés par l'UNICEF et dans les délais requis au cours de l'année.																			

TABLEAU : COLLECTE DE DONNEES des CIBLES DES INDICATEURS										
Indicateurs d'Impact										COMMENTAIRES
	ANNEE			ANNEE			ANNEE			
	C	R	%	C	R	%	C	R	%	
1										
2										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
Indicateurs d'Effet										
	ANNEE			ANNEE			ANNEE			
	C	R	%	C	R	%	C	R	%	
1										
2										
3										
4										
5										
Indicateurs de Résultats										
	ANNEE			ANNEE			ANNEE			
	C	R	%	C	R	%	C	R	%	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
C = cibles										
R = résultat										
										L'outil sera rempli à partir des rapports d'activités

Annexe 3. Liste des parties prenantes

Région	Commune	Structure à visiter		Interlocuteurs
Niamey	Niamey	UNICEF	Bureau UNICEF-Niamey	Spécialiste Santé (Renforcement du Système de Santé) Spécialiste Sante (Urgence) Spécialiste Sante (Santé Maternelle et Infantile) Spécialiste Sante (Santé Communautaire) Responsable Supply & Procurement Spécialiste Logistique Chef Section Survie et Développement de l'Enfant Chef Section Nutrition Spécialiste Nutrition
			Entrepôt UNICEF Niamey	Responsable Entrepôt
Niamey	Niamey	Ministère de la Santé	Direction des Etudes et de la Planification	Directeur
			Cellule Gratuité des soins	Responsable CGS
			Direction de la Nutrition	Directeur
			Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant	Directeur
			Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle	Directrice DPHMT
Niamey	Niamey	Ministère de la Santé	ONPPC UGS	Directeur ONPPC Chef Service Approvisionnement Responsable UGS
		ONG	Save the Children	Responsables Logistiques Responsables Santé-Nutrition
			Concern	Responsables Logistiques Responsables Santé-Nutrition
			CRS	Responsable Logistique/Approvisionnement Responsable Financier

Niamey	Niamey	Transporteurs Privés LTA	Transporteurs Privé LTA	Responsables
Tahoua	Tahoua	DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique - Tahoua	Directeur Régional de la Santé Publique Gestionnaire DRSP Point Focal Gratuité des soins-DRSP
	Illéla	District Sanitaire Illéla	Equipe Cadre District Illéla	Médecin Chef District Gestionnaire District Point Focal Gratuité des soins Responsable Pharmacie
Tahoua	Bagaroua	CSI Bagaroua	Case de Santé 1	Responsable CS 1
	Tajae	CSI Tajae	CSI Tajae	Responsables CSI Responsables Pharmacie Présidents COGES
Tahoua	Madaoua	District Sanitaire Madaoua	Equipe Cadre District Madaoua	Médecin Chef District Gestionnaire District Point Focal Gratuité des soins Responsable Pharmacie
	Bangui	CSI Takorta	CSI Takorta	Responsables CSI Responsables Pharmacie Présidents COGES
	Ourno	CSI Ourno	Case de Santé 2	Responsable CS 2
Maradi	Maradi	UNICEF	Bureau de Zone UNICEF_Maradi	Chef Bureau de Zone Spécialiste Santé & Nutrition Responsable Logistique/Supply
			Entrepôt UNICEF Maradi	Responsable Entrepôt
		CSME	Centre de Santé Mère Enfant	Directeur, Responsable surveillance épidémiologique, Gestionnaire, Responsable pharmacie
			Transporteurs Privés LTA	Responsables

		Transporteurs Privés LTA / non LTA	Transporteurs Privés non LTA	
		DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique – Maradi	Directeur Régional de la Santé Publique Gestionnaire DRSP Point Focal Gratuité des soins-DRSP
		CHR	CHR	Responsable CHR
Maradi	Mayayi	District Sanitaire Mayayi	Equipe Cadre District Mayayi	Médecin Chef District Gestionnaire District Point Focal Gratuité des soins Responsable Pharmacie
		CSI Mayayi	CSI Mayayi	Responsables CSI Responsables Pharmacie Présidents COGES
	Tchaké	CSI Tchaké	CSI Tchaké	Responsables CSI Responsables Pharmacie Présidents COGES
Maradi	Guidan Amoumoune	CSI Guidan Amoumoune	Case de Santé 3	Responsable CS 3
Maradi	Dakoro	District Sanitaire Dakoro	Equipe Cadre District Dakoro	Médecin Chef District Gestionnaire District Point Focal Gratuité des soins Responsable Pharmacie
			Hôpital de District Dakoro	Gestionnaire Responsable Pharmacie
	Kornaka	CSI Konarka	CSI Kornaka	Responsables CSI Responsables Pharmacie Présidents COGES
Niamey		Partenaire Technique et Financier (PTF)	AFD, UE, BM, Enabel, OMS	Spécialiste Santé

Annexe 4 : Liste des documents répertoriés

#	Titre	Date	Domaine	Source	Type
1.	Achats intrants Santé-Nutrition 2014-2018 vf	2018	Intrants	UNICEF	Excel
2.	Distribution intrants Santé-Nutrition 2014-2018 vf	2018	Intrants	UNICEF	Excel
3.	Dossier d'Appel d'Offres-Transport Routier DS - CSI	2017	Intrants	UNICEF	pdf
4.	Appui à la chaîne d'approvisionnement des médicaments et intrants nutritionnels depuis les districts sanitaires vers les centres de santé intégré dans le cadre de l'approche communautaire dans les régions de Maradi et Zinder	2017	Intrants	UNICEF	pdf
5.	Rapport de mission de suivi et immersion logistique-Nutrition du 1er Trimestre 2018 dans la région de Maradi.	2018	Intrants	UNICEF	pdf
6.	Rapport de mission : Evaluer les capacités logistiques des districts sanitaires pour la mise en place de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et intrants nutritionnels dans les districts de Maradi.	Avril 2017	Intrant	UNICEF	pdf
7.	Rapport de mission : Suivi de la gestion des intrants de la nutrition dans les régions de Maradi et Zinder	2015	Intrants	UNICEF	word
8.	Restitution mission logistique nutrition -Régions de Maradi & Zinder	2015	Intrants	UNICEF	ppt
9.	Analyse de la LTA T4 2017	2017	Intrants	UNICEF	Excel
10.	LTA Price-Weight-DS	2017	Intrants	UNICEF	Excel
11.	Distribution Région de Maradi année 2017	2017	Intrants	UNICEF	Excel
12.	Récapitulatif Distributions Région de Zinder 2017 (ZROSTS 10 10 17 Région de Zinder 2017)	2017	Intrants	UNICEF	Excel
13.	Circuit de mise en place Madarounfa	2017	Intrants	UNICEF	Excel
14.	Circuit de ravitaillement DS Matameye	2017	Intrants	UNICEF	Excel
15.	Recap intrants et Matériels Santé Région de Maradi 2017 (1)	2017	Intrants	UNICEF	Excel
16.	Recap intrants et Matériels Santé Région de Zinder 2017	2017	Intrants	UNICEF	Excel
17.	Récapitulatifs des transports des Districts vers les CSI	2017	Intrants	UNICEF	Excel
18.	Renforcement des capacités sur la gestion des intrants dans les CSI, District de Guidan-Roundji	Novembre 2016	Intrants	UNICEF	ppt
19.	Tarifs LTA Local	2017	Intrants	UNICEF	pdf
20.	Programme Niger-UNICEF_PBT 2014-2015_Santé & VIH	2014	Programmatique	UNICEF	Excel

21.	PBT 2015-2016_Santé & VIH_version Signée	2015	Programmatique	UNICEF	pdf
22.	Programme Niger-UNICEF_PBT 2015-2016_Santé & VIH	2015	Programmatique	UNICEF	Excel
23.	Programme Niger-UNICEF_PBT 2017-2018_Santé & VIH	2017	Programmatique	UNICEF	Excel
24.	Programme Niger-UNICEF_PBT 2017-2018_Santé & VIH_Actualisé pour 2018	2018	Programmatique	UNICEF	Excel
25.	Chaîne d'approvisionnement intégrée du médicament au Niger, Diagnostic de la chaîne d'approvisionnement	Novembre 2017	Intrants	MSP, McKinsey	pdf
26.	Chaîne d'approvisionnement intégrée du médicament au Niger, Recommandations sur la refonte de la chaîne d'approvisionnement.	Novembre 2017	Intrants	MSP, McKinsey	pdf
27.	ONPPC, Rapport d'audit organisationnel et institutionnel (Rapport provisoire)	Février 2018	Intrants	MSP, ACAME	pdf
28.	Présentation ONPPC : Journée «d'échanges avec les P T F du M S P	Septembre 2015	Intrants	ONPPC	ppt
29.	Coût de distribution des produits du PNLP dans les districts sanitaires pour une rotation	2018	Intrants	ONPPC	word
30.	Rapport Evaluation du projet de prévention de la malnutrition dans 17 communes des régions de Maradi, Tahoua et Zinder (IAOMD) par enquête-ménage LQAS	Décembre 2017	Utilisation des services de soins	MSP, UNICEF, LSTM	word
31.	Graphiques Enquête ménages 2015 – 2016 - 2017 (LQAS)	Novembre 2017	Utilisation des services de soins	MSP, UNICEF, LSTM	ppt
32.	Résultats Enquête ménages 2017 (LQAS)	2017	Utilisation des services de soins	MSP, UNICEF, LSTM	Excel
33.	Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021	2017	Stratégie	MSP	pdf
34.	Budget programmes 2018	2017	Financement	MSP	Excel
35.	Budget de performance 2018	2017	Financement	MSP	Excel
36.	Budget de performance 2018	2017	Financement	MSP	pdf
37.	Projet annuel de performance 2018	Septembre 2017	Financement	MSP	word
38.	Synthèse du Plan Annuel de Performance	Juillet 2017	Financement	MSP	word
39.	Part budget MSP par rapport au budget de l'Etat de 2010 à 2017	2017	Financement	MSP	pdf

40.	Etude sur la gratuité des soins au Niger	Juin 2015	Politique Gratuité des soins	MSP, INS, EU	pdf
41.	Les effets des retards de remboursements liés à la gratuité sur les formations sanitaires	Décembre 2011	Administration	LASDEL	pdf
42.	Rapport d'audit des aspects organisationnels : audit aspects financiers et organisationnel de la gratuité des soins_	2011	Administration	MSP, WorldAudit	pdf
43.	Annexes de l'Audit des aspects organisationnels, financiers et comptables de la gratuité des soins	2011	Administration	MSP, WorldAudit	pdf
44.	Gestion de la Gratuité des Soins au Niger	Août 2007	Administration	MSP	word
45.	Module de formation en gestion des médicaments dans les formations sanitaires	Octobre 2013	Intrants	MSP	word
46.	Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger)	Décembre 2010	Politique Gratuité des soins	LASDEL	pdf
47.	L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante	Avril 2008	Politique Gratuité des soins	MDM	pdf
48.	La gratuité des soins : état des lieux	Décembre 2010	Politique Gratuité des soins	MSP	ppt
49.	Contribution sur le financement du secteur de la santé et de la gratuité des soins au Niger	Décembre 2010	Financement	Ministère de l'Economie et des Finances	ppt
50.	Rapport d'analyse budgétaire sectorielle dans le domaine de la santé	_	Financement	Alternative Espaces Citoyens	ppt
51.	Rapport 2010 sur la Santé dans le monde: Le financement des systèmes de santé, le Chemin vers une couverture universelle	2010	Financement	OMS	ppt
52.	District sanitaire Keita : Journée d'information sur le financement de la santé et de la gratuité des soins au Niger	Décembre 2010	Politique Gratuité des soins	MSP	ppt

53.	Expérience de l'ONG HELP dans l'exemption des soins au Niger: cas de Téra et de Mayahi	–	Politique Gratuité des soins	Help	ppt
54.	Les personnels de santé et leurs corporations dans les politiques et programmes d'exemptions des paiements des soins		Politique Gratuité des soins	ROASSN	ppt
55.	Rôle et responsabilité de la société civile dans le financement de la santé	Décembre 2010	Politique Gratuité des soins	ROASSN	ppt
56.	Rôles et responsabilités des collectivités territoriales dans le financement de la santé et le niveau de leur implication dans la gestion du système de gratuité des soins	–	Politique Gratuité des soins	AMN	ppt
57.	Financement gratuité		Politique Gratuité des soins	SUSAS	ppt
58.	Arrêté portant création du Comité Technique National de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé	Juillet 2017	Intrants	MSP	pdf
59.	Arrêté portant création du comité stratégique de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé	Juillet 2017	Intrants	MSP	pdf
60.	Fiche de poste Pharmacien niveau régional	Mars 2017	Administration	MSP	word
61.	Situation des factures gratuité des soins Régions Niamey & Zinder 2014 - 2017	–	Administration	MSP	Excel
62.	Situation des factures gratuité des soins Régions Agadez – Diffa – Dosso_2014 - 2017	–	Administration	MSP	Excel
63.	Situation des factures gratuité des soins Régions Maradi – Tahoua – Tilabéri 2014 - 2017	–	Administration	MSP	Excel
64.	Annuaire des statistiques sanitaires du Niger Année 2014	2015	Système d'information	MSP	Excel
65.	Annuaire des statistiques sanitaires du Niger Année 2015	2016	Système d'information	MSP	Excel
66.	Annuaire des statistiques sanitaires du Niger Année 2016	2017	Système d'information	MSP	Excel
67.	AFD-initiative-solidarite-sante-sahel_I3S	-	Financement	AFD	pdf

68.	Calcul du coût des prestations dans les EPA et EPIC du Ministère de la Santé : Analyse situationnelle rapide des systèmes et outil de gestion	Décembre 2012	Financement	MSP, fcsaisp	pdf
69.	Note de communication publique d'opération, Projet IS3 Niger	-	Financement	AFD	pdf
70.	Rapport de l'étude des coûts des prestations des soins niveau case de santé, centre de santé intégré et l'hôpital de districts sanitaires de Niamey V et de Gaya	Avril 2015	Administration	MSP, OMS	pdf
71.	Etude sur les financements innovants pour le secteur de la santé du Niger	Novembre 2017	Financement	MSP, AFD	pdf
72.	Elaboration d'une matrice des coûts des prestations de santé dans les formations sanitaires des niveaux intermédiaire et tertiaire.	Juin 2015	Financement	MSP, CTB	pdf