

République du Niger
Banque Mondiale
Ministère de la Santé Publique
Rapport Final
Version 15/06/2012

ETUDE DE FAISABILITE FBP DANS LE SECTEUR SANTE AU NIGER



Contract 7161452
Mai 2012



EPOS
Health Management

Sommaire

Résumé	1
1 Introduction	11
1.1 Informations générales sur le Niger.....	12
1.2 Le Financement basé sur la performance (FBP).....	12
2 Etude de faisabilité pour le FBP	15
2.1 Contexte de l'étude.....	16
2.2 Objectifs de l'étude	16
2.3 Résultats attendus.....	16
3 Description du secteur de la santé au Niger	17
3.1 Etat de santé de la population	18
3.2 Système de santé.....	19
3.2.1 Responsabilités.....	19
3.2.2 Prestations de santé	20
3.2.3 Financement de la santé.....	21
3.2.4 Paiement des prestataires et co-paiement par les patients	22
3.2.5 SNIS.....	23
3.2.6 Participation communautaire	24
3.2.7 Coopération avec les partenaires au développement.....	24
4 Méthodologie de l'étude	25
4.1 Briefing et revue documentaire.....	26
4.2 Préparation du travail de terrain	26
4.2.1 Sélection des districts et activités	26
4.2.2 Développement des outils.....	27
4.3 Collecte des données sur le terrain	29
4.4 Analyse des parties prenantes	29
4.5 Analyse et restitution	29
4.6 Rapportage.....	30
5 Résultats	31
5.1 Ressources humaines, salaires et motivation	32
5.1.1 Equipe cadre de district	33
5.1.2 Hôpital de district	34
5.1.3 Centre de santé intégré	35
5.1.4 Case de Santé	36
5.1.5 Programmes de motivation existants.....	36
5.2 Situation financière	38
5.2.1 Budget de DS.....	38
5.2.2 Sources de financement	38
5.2.3 Caisse unique ou caisse autonome	42
5.3 Les médicaments	42
5.4 Autres contributions.....	43

5.5	Management.....	44
5.6	Supervision.....	45
5.6.1	Supervision aux différents niveaux	45
5.6.2	Perdiems.....	46
5.7	Utilisation des services / Charge de travail.....	46
5.8	Frais d'utilisation et capacité des patients à payer	47
5.8.1	Frais d'utilisation	47
5.8.2	Capacité et volonté de payer	48
5.8.3	Satisfaction des patients	49
5.9	Qualité des services	50
5.9.1	Qualité des HD.....	51
5.9.2	Qualité des CSI type 2	53
5.9.3	Qualité des CSI type 1	55
5.9.4	Scores récapitulatifs de qualité des HD et CSI	57
5.9.5	PMA/PCA.....	58
5.9.6	Référence & Contre référence.....	58
5.9.7	Heures d'ouverture des FS	58
5.10	SNIS	59
5.10.1	Résultats de l'enquête pour SNIS CS	59
5.10.2	Résultats de l'enquête pour SNIS CSI	60
5.10.3	Résultats de l'enquête pour SNIS HD.....	61
5.10.4	Résultats de l'enquête pour SNIS ECD	63
5.11	Formation	64
5.12	Coopération avec la communauté.....	65
5.13	FBP.....	66
5.14	Les rôles des partenaires techniques et financiers (PTF)	67
5.14.1	Les ONGs	67
5.14.2	Les bailleurs et autres parties prenantes	68
6	Analyse FFOM	71
6.1	Les forces	72
6.2	Les faiblesses.....	73
6.3	Les opportunités	74
6.4	Les menaces	75
7	Conception du programme de FBP.....	77
7.1	Les zones pilotes.....	78
7.2	Niveaux de prestation de service devant être inclus dans le pilote	79
7.3	Autonomie des FS	80
7.4	Le Payeur et l'Agence d'Achat	81
7.5	L'assurance qualité.....	82
7.6	Maintenance de la solidarité.....	83
7.7	La vérification, la vérification communautaire et la contre-vérification	84
7.7.1	La vérification des données des FS.....	84
7.7.2	La vérification communautaire	85
7.7.3	La Contre vérification	85
7.8	Les indicateurs et les méthodes de calcul de paiement.....	86

	7.8.1	Les indicateurs de résultat / output	86
	7.8.2	Indicateurs de qualité	89
	7.8.3	Méthodes de calcul	90
	7.9	La boîte-noire, ou ce que peut faire une FS avec les subventions.....	93
	7.10	Formation et renforcement des capacités pour le FBP	93
	7.11	La recherche et l'évaluation du programme pilote.....	94
	7.11.1	Enquête de base et de post-intervention	94
	7.11.2	Evaluation	96
	7.12	Arrangements institutionnels	96
	7.13	Le financement du programme pilote	97
	7.14	Pérennité	97
8		Plan d'Action et Calendrier indicatif pour un pilote FBP	99
9		Annexes	103
		Annexe 1 : Termes de Référence	
		Annexe 2 : Plan d'Action de la mission	
		Annexe 3 : Liste de personnes rencontrées	
		Annexe 4 : Outils	
		Annexe 5 : Programme Atelier	

Liste des Tableaux

Tableau 1: L'information clé sur le financement de la santé au Niger	22
Tableau 2: Personnel d'appui ECD - normes et réel.....	33
Tableau 3: Les infirmières de HD - normes et actuels.....	34
Tableau 4: Personnel CSI - normes et actuel	35
Tableau 5: Revenue des CSI, partagé par gratuité et non-gratuité et par patient	41
Tableau 6: Avantages et désavantages perçus de la caisse unique et caisse autonome au Niger	42
Tableau 7: Tarifs moyens en f cfa pour les services de santé dans les 10 DS	47
Tableau 8: Opinion des villageois sur le tarif CSI	49
Tableau 9: Opinion des villageois sur le tarif d'hospitalisation HD	49
Tableau 10: Comparaison de la satisfaction entre CSI et HD	50
Tableau 11: Indicateurs qualité HD (scores en %)	52
Tableau 12: Indicateurs qualité CSI type 2 (scores en %).....	54
Tableau 13: Indicateurs qualité CSI type 1 (scores en %).....	56
Tableau 14: Scores récapitulatifs qualité HD et CSI par indicateur	57
Tableau 15: Nombre des CSI avec des écarts dans les indicateurs SNIS	60
Tableau 16: Indicateurs inclus dans l'enquête SNIS pour le HD	62
Tableau 17: Forces du Système de Santé vis-à-vis de l'introduction de FBP	72
Tableau 18: Faiblesses du Système de Santé vis-à-vis de l'introduction du FBP	73
Tableau 19: Opportunités à l'extérieur du Système de Santé pour l'introduction du FBP	74
Tableau 20: Menaces à l'extérieur du Système de Santé pour l'introduction du FBP	75
Tableau 21: Population et budget FBP pour les 3 districts sélectionnés	78
Tableau 22: Avantages et désavantages de commencer le FBP pilot au niveau de CS ou CSI.....	79
Tableau 23: Indicateurs FBP proposés pour les FS et la communauté.....	87
Tableau 24: Plan d'Action pour le programme pilote FBP par trimestre	100

List of Abréviations

AFD	Agence Française de Développement
AMA	Agence des Musulmans d'Afrique
ASC	Agent de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CCD	Capacitaire en Chirurgie de District (=MD + 1 an de chirurgie)
CHR	Centre Hospitalier Régional
CISLS	Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA
CN	Consultation Nourrisson (Sains)
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COGES	Comité de Gestion Santé
COSAN	Comité de Santé
CPADS	Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
CPN	Consultation PréNatale
CS	Case de Santé
CSE	Chargé de Surveillance Epidémiologique
CSI	Centre de Santé Intégré
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger
FBP	Financement Basé sur la Performance
FC	Fond Commun
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
FS	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
HD	Hôpital de District
IDE	Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat
IDH	Indice de Développement Humain
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MCD	Médecin Chef de District
MCD-A	Médecin Chef de District Adjoint
MD	Docteur en médecine
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSP	Ministère de la Santé Publique
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques du Niger

PAA	Plan d'Action Annuel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEPS	Premier Expiré Premier Sorti
PF	Planning Familial
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant (du VIH)
PV	Procès-Verbal
R/CR	Référence et Contre-Référence
RC	Recouvrement des Coûts (recettes d'une FS)
RDH	Rapport sur le Développement Humain
SFDE	Sage-Femme Diplôme d'Etat
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPT	Stratégies Plaintes Traitements
TdR	Termes de Référence
TSSI	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers
USD	United States Dollars
ULSS	Unité de Lutte Sectorielle contre les IST/VIH/SIDA)

Résumé

1. INFORMATION GÉNÉRALE

Le Niger est un pays d'Afrique Sub-saharienne avec l'un des indexes de développement humain les plus bas du monde. Le taux d'alphabétisation des adultes y est de moins de 30%. L'état de la santé est comparativement plus avancé, mais l'état de santé materno-infantile de la population a encore toutes les caractéristiques des pays les moins avancés : la première cause de morbidité et de mortalité est le paludisme ; la malnutrition, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée sont responsables de la plus grande partie des décès d'enfants ; la mortalité maternelle est élevée et avec en moyenne 7 enfants par femme, la fertilité est très élevée.

2. SYSTÈME DE SANTÉ

Un processus de décentralisation renforçant les niveaux administratifs inférieurs est en cours. Il existe des équipes sanitaires au niveau des régions et des districts ; des paquets minimums de services, des normes et standards ont été fixés pour chaque niveau de service ; à chaque niveau, des plans d'action et des rapports annuels sont produits ; un système de référence est en place ; les acteurs de chaque niveau sont supervisés régulièrement par les institutions du niveau supérieur ; il y a un système national d'information sanitaire (SNIS) ; et la participation communautaire a été institutionnalisée. A l'exception de ce qui se passe dans les grandes villes, presque tous les services de santé sont prestés par le service public. La plupart des agents de santé sont des fonctionnaires nationaux ou locaux, mais il existe également de nombreux agents de santé contractuels. Beaucoup de personnel de soutien sont des bénévoles.

3. FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Un peu plus de 50% des dépenses sanitaires totales sont financées par l'Etat et les Partenaires Techniques et Financiers, et 43% sont payées directement par les ménages. Il n'existe quasiment pas d'assurance santé. Dans les structures de santé, les patients doivent payer des frais d'utilisation, sauf depuis 2007 pour tous les services pour les enfants de moins de cinq ans et presque tous les services de soin maternel (gratuit). Bien que les dépenses supplémentaires en résultant aient été provisionnées dans le budget national, les structures de santé n'ont jusqu'à présent pas été remboursées pour les services prestés dans le cadre de la gratuité. Au niveau des districts deux systèmes de paiement sont utilisés : le système de la caisse unique, dans le cadre duquel les ressources venant des frais d'utilisation de toutes les formations sanitaires sont redistribuées par l'ECD, et le système de la caisse autonome, qui permet aux formations sanitaires de conserver les frais d'utilisation et de les utiliser selon leur bon vouloir.

4. POLITIQUE FBP

Comme il est mentionné dans le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, le Ministère de la Santé Publique (MSP) du Niger a décidé d'introduire le Financement Basé sur la Performance (FBP) comme stratégie de financement supplémentaire dans le secteur de la santé. Il a été décidé d'utiliser le prêt pour le VIH/SIDA de la Banque Mondiale pour financer un programme pilote dans un certain nombre de districts. Afin de préparer ce pilote, une étude de faisabilité a été effectuée par EPOS Health Management, un cabinet d'étude allemand. Une équipe de trois consultants externes et de deux membres du MSP ont effectué l'étude en février et mars 2012.

5. OBJECTIF

L'objectif de la consultation est d'établir une situation de base du système sanitaire vis-à-vis du FBP et de proposer les actions à développer à titre pilote dans

le cadre du renforcement de l'offre des services de santé incluant la lutte contre les IST/VIH/Sida.

6. METHODOLOGIE

L'équipe de l'étude a tout d'abord fait une revue de documents afin de se familiariser avec le pays et son système de santé. Dix districts répartis dans cinq régions ont été sélectionnés par l'équipe pour la mise en œuvre de l'étude. Les outils ont été développés, testés dans deux districts et après adaptation validés par le MSP. Dans chaque district, l'équipe a mené des entretiens avec l'équipe cadre (ECD), les formations sanitaires aux différents niveaux et des organisations non-gouvernementales (ONG). Les entretiens étaient focalisés sur les questions pertinentes pour un programme FBP, comme les ressources humaines, les sources de financement des services, les salaires et la motivation du personnel, l'approvisionnement en intrants, la qualité, la fiabilité du SNIS, la supervision etc. Au niveau national une analyse des parties prenantes a été faite parmi les partenaires clefs afin d'évaluer comment les avantages et les risques liés à l'introduction du FBP étaient perçus. Bien que les dix districts sélectionnés dans 8 régions représentent presque 25% de tous les districts, ils ne peuvent cependant pas être considérés comme représentatifs de l'ensemble du Niger. L'étude comprend essentiellement des informations qualitatives, mais lorsque cela a été possible et sensé, des informations quantitatives ont aussi été fournies.

7. ATELIER DE RESTITUTION

Une analyse préliminaire de toutes les données et informations collectées a été présentée lors d'un atelier de restitution les 30 et 31 mars 2012. Il incluait par ailleurs une analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces du système de santé du Niger vis-à-vis du FBP. Des recommandations et options pour la conception du programme pilote de FBP y ont été discutées. En raison de la durée limitée de l'atelier, il sera nécessaire d'organiser d'autres réunions pour finaliser les décisions dans le détail.

8. RESSOURCES HUMAINES

Les ECD sont pourvus en personnel selon les normes en vigueur et peuvent également utiliser les points focaux des programmes verticaux, mais les responsabilités respectives des ECD et des hôpitaux ne sont pas clairement distinguées. Les hôpitaux n'ont pas suffisamment de médecins. Le nombre d'infirmiers varie beaucoup. Les Centres de Santé Intégrés (CSI) de type 1 disposent d'un personnel correspondant aux normes, mais les CSI de type 2 manquent de médecins et de sages-femmes. Toutes les Cases de Santé (CS) présentent des carences de personnel, la plupart n'ayant qu'un seul agent de santé. La rotation du personnel est plutôt faible. Quelques formations sanitaires sont fortement soutenues par des ONGs qui leur fournissent du personnel qualifié, ce qui par ailleurs les rend vulnérables lorsque le soutien de l'ONG arrive à son terme.

La plupart des agents de santé reçoivent des salaires raisonnables en comparaison du revenu moyen par habitant du Niger, mais tous considèrent nécessaire des augmentations substantielles pour pouvoir vivre une vie confortable. Au niveau des CSI, des écarts importants ont pu être observés dans les salaires réels et les augmentations désirées. Le personnel des CS a un revenu très faible.

9. MOTIVATION

Plusieurs programmes verticaux (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, vaccination, ver de Guinée) emploient déjà des méthodes afin de motiver les agents de

santé pour qu'ils augmentent leurs efforts et atteignent leurs objectifs. Comme seuls certains agents étaient éligibles pour recevoir des primes de motivation, cela a créé des inégalités et des tensions au sein des équipes. Dans un district de la région de Zinder, l'utilisation de contrats de performance entre l'ECD et les CSI a été expérimentée. Les résultats de l'évaluation de cette expérience n'étaient pas encore disponibles pendant la mise en œuvre de l'étude.

10. FINANCEMENT ET PAIEMENT DES SERVICES

Tous les DS ont été en mesure de fournir les données financières demandées. Les districts disposent d'une multitude de sources de financement, depuis le gouvernement, les bailleurs de fonds, aux ONGs et frais d'utilisation payés par les patients. Alors que le gouvernement règle presque tous les salaires, les frais opérationnels et les investissements sont la plupart du temps couverts par les partenaires et les frais d'utilisation. Les informations rassemblées sur les frais d'utilisation et le nombre de prestations fournies dans le cadre de la gratuité sont sujet à caution et il serait de la plus grande importance que ces données soient à l'avenir soigneusement collectées et vérifiées pour toutes les formations sanitaires qui seront incluses dans le programme pilote de FBP. Le système de la Caisse Autonome ressemble à ce qui est considéré comme clef pour un programme FBP réussi, cependant certains ont remarqué que la caractéristique d'équité du système de la caisse unique valait la peine d'être maintenue. Il n'y a aucun problème formel qui pourrait empêcher les formations sanitaires d'ouvrir un compte en banque.

11. INTRANTS

Toutes les formations sanitaires commandent leurs médicaments selon leurs besoins – le Niger a un système de flux-tirés (pull system). Que les commandes soient ou non approuvées et payées par l'ECD dépend du fait que la formation sanitaire travaille dans le cadre du système de la Caisse Autonome ou dans celui de la caisse unique. Les hôpitaux, CSI et CS dans le système de la Caisse Autonome payent les médicaments avec les revenus du recouvrement et peuvent également s'approvisionner en médicaments sur le marché privé. Les délais de livraison sont en général courts et les ruptures de stock varient, mais sont plus fréquentes dans les CS que dans les CSI et les hôpitaux. En plus des ressources financières et humaines, les districts reçoivent beaucoup d'intrants en nature des bailleurs et ONGs, dont la valeur monétaire n'est pas connue. L'ampleur et la fragmentation de ce soutien vont créer des problèmes pour le pilote FBP : cela crée des inégalités entre les formations sanitaires, cela empiète sur leur autonomie et rend difficile l'attribution d'un impact au programme FBP.

12. GESTION

La plupart des équipes d'ECD et les directeurs d'hôpitaux ont déjà été ou seront formés en 2012 en gestion (y compris la gestion financière), planification, utilisation du SNIS et suivi-évaluation. Aucun responsable de CSI n'a encore reçu de formation en gestion. Le principal problème de gestion est lié au non remboursement des services gratuits. Tous les autres problèmes de gestion existants peuvent être résolus par un programme FBP.

13. SUPERVISION

En comparaison d'autres pays, l'intensité et la qualité de la supervision et du soutien à tous les niveaux est remarquable. Cela est probablement lié aux per diem élevés et à la disponibilité de voitures, motos et de carburant pour ce faire. L'équipe de l'étude a calculé que le personnel de santé peut accroître son revenu d'environ 10% en participant régulièrement à des visites de supervision. Si cette augmentation de revenu du personnel peut garantir que la supervision soit

effectuée correctement par les équipes des ECD et CSI, alors le FBP peut avoir un impact positif sur le terrain en utilisant un montant similaire pour la prime.

14. CHARGE DE TRAVAIL

Les CS reçoivent en moyenne 10 patients par jour, alors que les CSI et les hôpitaux de district environ 40 patients par jour. De plus, les CS et les CSI sont impliqués dans la mise en œuvre d'activités de prévention dans les communautés (foraine) et seulement une à deux personnes sont de garde pour les services 24/7. Pour ce qui est de la mise en œuvre d'un programme FBP, cela signifie d'une part que la charge de travail due à une utilisation accrue des formations sanitaires pourra aisément être absorbée par le personnel existant. D'autre part, un personnel surnuméraire signifie également que le bonus pour le personnel devra être distribué à plus de personnes et aura donc moins d'impact pour chaque agent de santé.

15. CAPACITÉ DES PATIENTS À PAYER

Sur la base des résultats des groupes de discussion, on peut conclure avec précaution que la plupart des gens considèrent que les services de santé proposés par les CSI et les HD sont trop chers. Bien que dans la majorité des cas ils trouvent les prix raisonnables (par rapport à ce qui est proposé) ils ont affirmé qu'ils ne sont pas abordables pour la majorité. Les participants aux discussions pensaient que des frais d'utilisation de 500 f cfa par consultation au CSI et de 2000 f cfa pour une admission à l'hôpital seraient abordables pour la population. En général les participants aux groupes étaient davantage satisfaits avec les services proposés par les hôpitaux que par ceux proposés par les CSI.

16. QUALITÉ DES SERVICES

L'enquête qualité n'a pas vérifié l'exactitude des diagnostics et la correction des traitements fournis aux patients. Elle s'est concentrée sur les conditions de travail nécessaires à un bon travail clinique. Cette enquête qualité des formations sanitaires a montré que les HD ont un niveau fonctionnel très acceptable et que les CSI 1 et 2 sont dans une situation matérielle plus difficile. Aucun des HD et CSI n'avaient de moustiquaire dans les salles, alors que le paludisme est le principal problème sanitaire du pays. Il est intéressant de noter que le score moyen pour les indicateurs généraux, le laboratoire, les médicaments traceurs et la maternité sont plus élevés pour les CSI-1 que pour les CSI-2. Les mauvais résultats pour certains indicateurs composites, et parmi ceux-là pour des indicateurs spécifiques constitue un bon point de départ pour décider quels indicateurs de qualité devraient être utilisés pour le programme FBP pour les HD et les CSI. Une enquête qualité n'a pas été faite dans les CS, mais la plupart des CS sont en mauvais état. Il manque beaucoup de choses : table d'examen, table d'accouchement, divers instruments, petits équipements; souvent il n'y a pas de latrine, d'électricité ni d'eau. Mais les responsables font tout pour garder les lieux propres et font preuve de bonne volonté.

17. SERVICES DE SOINS CLINIQUES

Les formations sanitaires proposent presque tout le paquet de services correspondant à leur niveau, à l'exception du traitement de la tuberculose et des services liés au VIH/SIDA. Toutes utilisent un système de référence, mais beaucoup ont mentionné des problèmes avec la contre-référence. Les heures d'ouverture des formations varient beaucoup, mais toutes sont disponibles en dehors des heures d'ouverture pour les urgences (y compris les accouchements).

18. SNIS

Au niveau des CS, le SNIS semble être fiable et n'avoir aucun problème. Les hôpitaux semblent également disposer de chiffres fiables, mais beaucoup de données n'ont pas pu être vérifiées car l'équipe de l'étude n'a pas eu accès aux rapports et aux registres. Le problème important des CSI est qu'à leur niveau, beaucoup de données brutes ne sont pas calculées correctement, ce qui a pour effet que les informations utilisées pour planifier les activités des CSI eux-mêmes ainsi que celles des niveaux supérieurs ne sont pas fiables. Bien que les ECD semblent être conscients de ce problème et supervisent les CSI régulièrement, cela n'a pas apparemment amélioré la fiabilité du SNIS à ce niveau de services clef. Une réforme du SNIS est en cours.

19. FORMATION / TRAINING

Il existe plusieurs instituts/agences de formation au Niger. Pour les besoins du programme de FBP, les équipes de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) et le centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire à Ouallam semblent être appropriés pour fournir des formations aux équipes des ECD et des formations sanitaires, des associations locales et des autres parties prenantes.

20. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE / COMMUNITY PARTICIPATION

Toutes les CS, mais pas tous les CSI disposaient d'un Comité de Gestion (COGES) comme il est exigé. La plupart des COGES existant sont opérationnels et en principe leur importance a été établie. Pour les formations sanitaires, l'existence d'un COGES est un élément positif car il facilite les relations avec la communauté ainsi que le travail de sensibilisation et la mobilisation de la communauté. Aucune personne interrogée ne mentionna que le COGES améliorerait leur capacité à gérer leur formation ou les rendait davantage informés des besoins et desiderata des patients. La voix de la communauté peut être renforcée par l'implication de associations locales dans le programme FBP. Ces entités pourraient se charger de la vérification communautaire des données que les formations sanitaires fournissent à l'Agence d'Achat et pourraient également réaliser des enquêtes communautaires de satisfaction.

21. PARTENAIRES

Le MSP a de nombreux partenaires externes, tant bailleurs qu'ONG. Les ONG fournissent un soutien aux districts sous des formes variées, comme le financement de personnels supplémentaire pour certaines formations sanitaires la formation et l'approvisionnement de nombreux intrants. Les bailleurs fournissent un soutien financier, de l'assistance technique et des intrants en nature. Leurs contributions sont importants mais posent des problèmes pour la mise en œuvre d'un programme de FBP, car leur soutien est fragmenté, ce qui a pour effet de créer des inégalités entre les formations. Par ailleurs la fourniture d'intrant va à l'encontre de l'autonomisation des formations. Tous les partenaires interrogés se sont montrés en faveur de l'introduction du FBP au Niger. Ils l'ont considéré comme une opportunité pour améliorer les services de santé, une bonne initiative pour accroître la motivation des agents de santé, une stratégie concrète pour améliorer les formations sanitaires, et un programme qui pourrait être bénéfique si l'on paye pour des performances de qualité. Les défis mentionnés se rapportent au manque de fiabilité du SNIS, aux systèmes de contrôle et aux problèmes de pérennité. La Banque Mondiale met l'accent sur la nécessité d'inclure des indicateurs de prévention du VIH, en particulier visant les professionnelles du sexe. Certains bailleurs ont indiqués être intéressés à l'idée de soutenir le FBP, financièrement ou techniquement.

22. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES

L'analyse a montré que les forces et les opportunités l'emportent largement sur les faiblesses et les menaces. Les défis les plus importants sont de s'assurer que dans les zones couvertes par le programme pilote des ONGs ne distribuent pas d'intrants en nature, que le Ministère des Finances accepte de régler les factures relatives aux soins prestés dans le cadre de la gratuité après que l'Agence d'Achat les aient vérifiées, et que la fiabilité des données du SNIS s'améliore. Le fait que le MSP soit fortement motivé pour introduire le FBP permet de penser que ces défis pourront être relevés avec succès. La situation de départ dans le système de santé pour ce qui est de l'introduction du FBP est bonne. Il n'y a pas d'hypothèses fatales.

23. ZONES PILOTES

En utilisant la norme internationale de 3 USD par tête et par an, le programme pilote FBP peut être mis en œuvre dans deux districts avec une population de 400,000 personnes pour deux ans, avec un coût d'environ 4,8 million d'USD. Kantché/Matamèye est un bon choix. Car il comprend une population de 360,000 personnes, un grand nombre de professionnelles du sexe et son ECD a déjà expérimenté avec une forme du FBP. L'équipe de l'étude suggère que le MSP choisisse un deuxième district de taille moyenne sans prendre en compte le nombre de professionnelles du sexe et introduise simultanément un programme FBP dans des villages avec de nombreuses professionnelles du sexe dans d'autres districts, mais sans que tout le district soit inclus dans le programme pilote. L'équipe pense qu'il est de la plus haute importance que le MSP fasse un inventaire des ONGs et agences onusiennes distribuant des intrants en nature dans les deux districts sélectionnés et entame avec elles un dialogue visant à minimiser ces contributions pendant la mise en œuvre du programme pilote ou au moins les diviser également entre toutes les formations sanitaires incluses dans le programme FBP

24. NIVEAU DE PRESTATION DES SERVICES

Tous les niveaux de prestation de services peuvent être inclus dans le programme pilote, en commençant avec les CSI, compte tenu de leur position centrale au sein du système de santé, puis en incluant les CS, le niveau communautaire, et enfin les hôpitaux. C'est de cette manière que l'impact du programme peut être maximisé. La sous-traitance des CS par les CSI devrait être reconsidérée, car elle pourrait constituer un cas de conflit d'intérêt.

25. AUTONOMIE

Les formations sanitaires au Niger disposent d'ors et déjà d'un certain degré d'autonomie, car il n'existe aucune loi l'interdisant et que la politique de décentralisation en cours l'encourage. La seule barrière à l'atteinte d'une autonomie totale est une loi interdisant aux formations sanitaires de recruter et de licencier elles-mêmes leur personnel. Cependant, cela ne constitue pas un inconvénient majeur pour la mise en œuvre du programme pilote. D'autre part de nouvelles informations indiquent que le processus de décentralisation autoriserait maintenant les maires à faire des embauches directement sur le terrain.

26. PAYEUR ET AGENCE D'ACHAT

Il n'existe aucune organisation nationale qui puisse prendre en charge le rôle d'agence d'achat. Cette composante du programme devra donc faire l'objet d'un appel d'offre international. L'Agence d'achat devrait avoir un bureau central situé à Niamey et deux antennes dans les districts sélectionnés. Les organisations qui soumettront des offres pour cette composante devraient employer et former du

personnel local, ce qui permettrait à une organisation nationale de prendre la relève de l'achat de services une fois le programme pilote achevé, si et quand le programme sera mis à l'échelle. Pour la durée de la mise en œuvre du programme pilote, le CISLS pourrait être le détenteur des fonds, comme il est de la gestion des fonds servant au financement de ce projet.

27. ASSURANCE QUALITÉ

Il est logique que la vérification de la qualité des services prestés par les CSI et les CS soit assurée par les ECD, comme ils en sont déjà responsables. La vérification de la qualité des deux hôpitaux de district ne peut pas être faite par les ECD, car ils n'en sont pas indépendants. Pendant la phase pilote, il est suggéré que le Comité Technique FBP du MSP se charge de cette tâche en coopération avec l'Agence d'Achat.

28. EQUITÉ

Afin de conserver l'expérience du Niger, un fond d'équité peut être créé au sein de l'Agence d'Achat en demandant à toutes les formations sanitaires participantes de verser de 5 à 10% des frais d'utilisation récoltés. En utilisant ces fonds, des subventions plus élevées peuvent être versées aux formations sanitaires les plus nécessiteuses ; ou bien il est possible de leur faire des prêts ou donations pour des investissements spécifiques. Le versement de subventions plus élevées doit être fait sous conditions afin de prévenir tout détournement.

29. VERIFICATION

L'Agence d'Achat sera responsable de la vérification des données et des factures soumises par les formations sanitaires. Elle effectuera des visites de toutes les formations sanitaires participantes, qui seront mensuelles dans un premier temps, avant de devenir trimestrielles par la suite. Pendant la mise en œuvre de la phase pilote, chaque antenne de l'Agence d'Achat devra disposer deux à trois vérificateurs. Afin de dissuader toute manipulation frauduleuse des registres des formations sanitaires, l'Agence d'Achat prendra sous contrat des associations locales sélectionnées pour procéder à des vérifications communautaires, tout d'abord trimestrielles avant de devenir biennuelles. Ce type de vérification communautaire peut être combiné avec de petites enquêtes de satisfaction des patients utilisant les formations sanitaires. Une fois par an, le Comité Technique FBP du MSP peut effectuer une contre-vérification pour la phase pilote. Si et quand la phase pilote augmentera d'échelle, la contre-vérification pourra être contractée à une agence indépendante extérieure.

30. INDICATEURS DE RÉSULTATS / OUTPUT

Se référant aux indicateurs de résultat/output, le programme pilote subventionnera le nombre de services effectivement prestés. Des cibles nominales peuvent être estimées en fonction de l'utilisation actuelle des services de santé. Une fois que les données du nouveau recensement seront disponibles, des cibles pourront être calculées pour chaque type de service, en se basant sur le nombre maximum de services devant être prestés pour couvrir tous les cas d'une population servie par une formation sanitaire spécifique. Le rapport suggère de définir des indicateurs de résultat spécifiques pour les différents niveaux de services pour les soins de santé de la mère et de l'enfant, le traitement des maladies infectieuses, l'hygiène et le système de référence. Le MSP peut adapter des questionnaires de qualité existants (y compris celui qui a été utilisé pour cette étude) pour la vérification de la qualité trimestrielle devant être effectuée par les ECD. Il est recommandé d'introduire un score de qualité séparée pour le respect des protocoles de soin et de l'ajouter aux éléments constituant le score de qualité total d'une formation sanitaire.

31. CALCUL DES PAIEMENTS

Le rapport propose différentes options pour effectuer le calcul des subventions de performance devant être versées à chaque formation sanitaire, intégrant la qualité, la quantité de services prestés, le degré de satisfaction des utilisateurs et des considérations d'équité. Des exemples de calculs sont fournis. L'importance des subventions dépendra du poids que le MSP désirera affecter aux différents services, de la divergence entre résultat souhaité et obtenu, de la fréquence attendue de la prestation, du nombre de prestations devant être subventionnées et du budget disponible. Pour des raisons de justice il est conseillé de payer les formations sanitaires pour chaque augmentation en pourcentage de leur score de qualité.

32. LA BOITE NOIRE - L'UTILISATION DES SUBVENTIONS

Plus la boîte est noire, plus l'équipe de la formation sanitaire aura de responsabilités et mieux ses dépenses pourront être adaptées à ses besoins spécifiques. Le programme pilote pourrait commencer par seulement fixer le pourcentage maximum de la subvention pouvant être utilisée pour la prime du personnel (par exemple 50%) et de laisser les formations sanitaires libre de décider de l'utilisation du reste. L'Agence d'Achat peut surveiller si les formations sanitaires utilisent la subvention comme planifié dans leur business-plans et ensuite discuter les raisons des déviations.

33. FORMATION

L'équipe de l'étude recommande que les équipes des DRSP et ECD concernées soient formées au CPADS d'Ouallam, et que la DRSP forme le personnel des formations sanitaires ainsi que des associations locales impliquées dans la vérification communautaire. L'Agence d'Achat peut soutenir ces formations techniquement. Le rapport suggère le contenu et la durée de chaque formation.

34. RECHERCHE ET ÉVALUATION

Les informations détaillées devant être obtenues par des enquêtes de base et post-intervention dans toutes les formations sanitaires des deux districts figurent dans le rapport. Afin d'être en mesure d'attribuer tout changement au programme de FBP, les mêmes enquêtes devraient idéalement être également conduites dans deux districts de contrôle. Un investissement total de 48 personnes/mois est nécessaire pour réaliser cette étude. Ces enquêtes devraient être donc sous-traitées à un institut de recherche local. La réalisation d'une enquête-ménages n'a pas été considérée comme étant nécessaire. Chaque formation sanitaire peut négocier elle-même les prix de ses prestations avec la population de sa zone de couverture. Une revue à mi-parcours peut être conduite conjointement par le MSP, l'Agence d'Achat, le CISLS et le Banque Mondiale afin d'analyser toutes les données, afin que le MSP puisse prendre une décision préliminaire sur la question de la préparation de l'extension du programme (tout particulièrement pour permettre la collecte de fonds). L'évaluation externe finale ne doit être effectuée qu'après la finalisation des enquêtes post-intervention conduites dans les districts d'intervention et de contrôle, afin que l'équipe d'évaluation puisse utiliser ces données.

35. DURÉE DU PROJET

Afin de ne pas entraîner de retard pour la prise de décision concernant la continuation de l'utilisation de cette approche, la durée totale du projet devrait être de trois ans, avec 6 mois consacrés à la préparation et à la réalisation des études de base, 24 mois pour la mise en œuvre et 6 mois pour la réalisation des études post-intervention, la conduite de l'évaluation finale et la préparation de

l'extension. Le budget devrait être calculé afin de permettre la continuation du paiement des subventions pendant ces derniers six mois afin d'éviter une rupture de financement.

36. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS

Différentes organisations seront responsables de la mise en œuvre des différentes composantes du programme pilote, ce qui garantira un haut niveau de transparence et de responsabilité. Toutes les parties prenantes majeures du système de santé seront impliquées dans la mise en œuvre du programme pilote, ce qui aura pour effet d'accroître leur appropriation. Le Comité de Pilotage du FBP pourra continuer d'agir en tant que tel pour le projet. Le CISLS agira comme payeur. L'Agence d'Achat contractée servira également de « Project Implémentation Unit ». Les ECD seront responsables de l'assurance qualité. Des associations locales effectueront la vérification communautaire. Le Comité Technique FBP conduira la contre-vérification. Le CPADS et les DRSP seront en charge des formations. Un institut de recherche sous contrat effectuera les études de base et post-intervention. Une organisation externe sous contrat sera responsable de l'évaluation finale.

37. COÛT DU PROGRAMME PILOTE

Le budget du programme pilote dépend avant tout de la taille de la population des deux districts sélectionnés, du nombre de prestations subventionnées, de la subvention par indicateur de résultat, de l'augmentation escomptée de l'utilisation des services subventionnés, de la somme nécessaire pour motiver les agents de santé, de la fréquence des vérifications, du nombre de jours de formations, de la recherche et du besoin d'assistance technique externe. L'un dans l'autre on doit pouvoir compter sur 1500 f cfa par an et par tête. Des formulaires excel pour modéliser les couts sont disponibles auprès de l'Unité FBP de la Banque Mondiale ou peuvent être demandés à Cordaid.

38. PÉRENNITÉ

Les fonds utilisés pour la mise en œuvre du programme pilote FBP proviennent d'un prêt de la Banque Mondiale. De manière à rendre une extension du programme FBP abordable sur le long terme, il est indispensable que les autres apports financiers, tels que les crédits délégués, les augmentations de salaires planifiées, les crédits pour investissement, etc. soient canalisés par l'intermédiaire des fonds du FBP. A court et moyen terme, il est donc nécessaire de faire un plaidoyer pour que les bailleurs et les ONGs acceptent de canaliser leur soutien au système de santé par l'intermédiaire du système de FBP.

39. PLAN D'ACTION

Le rapport contient un plan d'action, qui résume les décisions et étapes majeures devant être prises par trimestre, en prenant pour hypothèse que la durée totale du projet sera de 3 ans, avec deux ans pour le mis-en-œuvre.

40. LE RAPPORT CONTIENT LES ANNEXES SUIVANTES

1. Termes de Référence
2. Plan d'Action de la mission
3. Lettre d'introduction pour le travail sur terrain
4. Liste de personnes rencontrées
5. Outils
6. Programme de l'Atelier

1 Introduction

1.1 Informations générales sur le Niger¹

Le Niger est un pays sahélien faisant frontière avec au sud le Nigeria et le Bénin, à l'ouest le Burkina Faso et le Mali, au nord l'Algérie et la Lybie et à l'est par le Tchad. Sa population est estimée à 16 millions d'habitants en 2012, dont 80% vivent en zone rurale. Parce que le désert occupe les deux tiers du pays (partie nord), la plupart des gens vivent dans le Sud. Le principal secteur économique est l'agriculture, tandis que les secteurs de l'extraction minière (uranium), de transport, de construction et des télécommunications prennent de l'importance.

En 2011, le Niger était classé 186 sur 187 pays disposant de données comparables sur l'Indice de Développement Humain (venant juste avant la RDC). L'indice d'éducation s'élève à 0,177, l'indice des revenus à 0,266 et l'indice de la santé à un 0,547 relativement élevé. Le composite IDH pour le Niger est 0,295, contre 0,177 en 1980. L'indice d'inégalité entre les sexes est 0,724. L'espérance de vie à la naissance est de 54,7 ans, l'alphabétisation des adultes est de 27,8%.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant en 2011 était estimé à 626 \$ (PPA en dollars internationaux de 2005) et 43% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, fixé à 1,25 \$ PPA par jour. Bien que le taux de croissance de l'économie a augmenté récemment, le taux de croissance moyenne au cours des dix dernières années n'a pas dépassé le taux de croissance de la population qui se situe au tour de 3,3% (recensement 2001).

Le taux de croissance démographique élevé est dû à son taux de fécondité, le plus élevé dans le monde. Au Niger, le taux moyen de fécondité est de 7,1 enfants/ femme au moment où 52% de la population a moins de 15 ans.

La population est répartie en 8 ethnies, chacune avec sa propre langue, dont le Haoussa est la langue la plus parlée. La religion majoritaire est l'Islam.

1.2 Le Financement basé sur la performance (FBP)

La manière classique de financement du secteur de la santé dans les pays en développement se fait le plus souvent par le biais de financement direct du gouvernement. Le gouvernement central ou décentralisé fournit tout ce dont a besoin les formations sanitaires, tels que le personnel, les infrastructures, équipements, médicaments et vaccins, ainsi que des fournitures médicales et non médicales en nature.

Les salaires sont payés directement par le gouvernement. Toutes ces ressources sont généralement fournies à l'avance, sans aucun lien direct avec la quantité ou la qualité des services produits.

Au contraire l'approche FBP dans le secteur de la santé vise à accroître l'utilisation et la qualité des services de santé en offrant une récompense financière pour les résultats obtenus. Il est comparable à un système de paiement de la rémunération des services, à la différence que FBP ne cherche habituellement pas à payer le coût intégral des services de santé, mais verse des subventions supplémentaires pour aider à atteindre les priorités fixées par le gouvernement. Une autre différence est que FBP paie souvent pour des services de prévention,

¹ PNUD, Rapport sur le développement humain 2011

alors que la rémunération des services paie essentiellement les services cliniques.

Les principales caractéristiques de l'approche FBP sont les suivantes:

- La séparation des fonctions, ce qui signifie que la responsabilité de la réglementation du secteur de la santé, la fourniture de services de santé, et le financement des prestations sont confiées à des organisations indépendantes les unes des autres,
- Les contrats clairs et transparents entre acheteur et fournisseur de service,
- Une plus grande autonomie pour les formations sanitaires qui décident comment utiliser au mieux leurs ressources disponibles,
- Une partie des subventions peut être attribué au personnel effectuant les prestations comme bonus de motivation
- La fixation des prix abordables, en consultation avec la communauté
- De fournir des financements supplémentaires pour assurer l'accès aux personnes les plus vulnérables
- La vérification stricte des données d'utilisation avant le paiement de subventions, pour prévenir la fraude
- Parce que la quantité est subventionnée, on s'assure de l'exhaustivité de la qualité pour éviter que la qualité souffre

Il a été démontré dans plusieurs pays que cette approche peut conduire à des améliorations relativement rapides dans l'utilisation et la qualité des prestations des services de santé, et en particulier en Afrique.

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a déjà décidé d'introduire le FBP comme nouvelle stratégie de financement. Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 (PDS) définit le FBP comme une stratégie de financement des services de santé visant à augmenter la quantité et la qualité des services et soins préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes à travers l'achat des soins, avec comme objectif: Améliorer la qualité des prestations dans les services de santé par une performance plus accrue des structures sanitaires.

2 Etude de faisabilité pour le FBP

2.1 Contexte de l'étude

En Mars 2011, la Banque mondiale a accepté d'accorder un crédit de 20 millions USD à la République du Niger pour son second Projet d'appui au VIH / SIDA, qui sera mis en œuvre sous la responsabilité de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre les IST / VIH / SIDA (CISLS)². Dans une sous-composante du projet, l'essai du financement basé sur les résultats des services concernant le VIH / SIDA est inclus. Dans le cadre de ce projet pilote une étude de faisabilité est prévue, ainsi que, lors d'une étape ultérieure, le développement des outils, des ressources et de capacités.

En Juin 2011, le MSP a préparé les Termes de référence (TdR) de l'étude de base / faisabilité de la mise en place de la stratégie du financement basé sur la performance (FBP) dans des districts pilotes au Niger. Les TdR sont joints au présent rapport en tant qu'annexe 1.

Les TdR contiennent des informations différentes de celles du document d'Evaluation du Projet. En effet dans ce dernier le FBP est strictement lié au VIH/SIDA tandis que les TdR mentionnent tous les services de santé en général, y compris ceux qui concernent le VIH.

Le marché d'appel d'offre a été lancé et EPOS Health Management en Allemagne l'a gagné. Un contrat a été conclu avec le MSP et la Banque Mondiale. Le travail de terrain a eu lieu au Niger entre le 14 Février et 31 Mars 2012 par une équipe de 5 personnes: Maria Paalman, chef d'équipe, le Dr Mamadou Diop, Claire Rwiyeraka, Abdou Galo Karimou et Sakina Ocquet. Les deux derniers sont des employés du MSP dans la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP) et ont été mis à la disposition pour rejoindre l'équipe pendant toute la durée de l'étude.

2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif de la consultation est d'établir une situation de base du système sanitaire vis-à-vis du FBP et de proposer les actions à développer à titre pilote dans le cadre du renforcement de l'offre des services de santé incluant la lutte contre les IST/VIH/Sida.

2.3 Résultats attendus

Les résultats attendus sont:

- La situation socio-sanitaire initiale des districts est établie
- Un plan d'investissement complémentaire pour la mise en œuvre de la stratégie est proposé
- Une démarche/guide d'évaluation du pilote est proposée
- Des outils de gestion du système sont proposés
- Le rapport de l'étude de base / faisabilité est disponible

² The World Bank. Project Appraisal Document on a proposed credit in the amount of SDR 12.8 million (US\$ 20 million equivalent) to the Republic of Niger for a Second HIV/AIDS Support Project. Report No. 59664-NE. Washington, 31 March 2011.

3 Description du secteur de la santé au Niger

3.1 Etat de santé de la population

Les estimations des indicateurs clés pour la santé de la population en général varient considérablement d'une source à une autre. Ce rapport utilise les derniers chiffres disponibles et le cas échéant des éventails plutôt que des pourcentages qui ont des chiffres décimaux.

Nous avons utilisé les données du PDS 2011-2015, le rapport SNIS 2010, le HDR 2011, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)³ et de l'information en provenance du site de l'OMS⁴, qui semble en partie être tirée de la dernière enquête fiable, l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006 (EDS 2006).

La plupart des indicateurs et données sur la mortalité sont tirés du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), basé sur les informations fournies par les formations sanitaires (FS). Cependant, les Informations et données fournies par le SNIS sont considérées comme moins fiables que celles des autres sources.

La plus importante cause de morbidité et de mortalité dans le pays est le paludisme, qui représente 25-35% des consultations et les deux tiers des décès. La séroprévalence du VIH était de 0,7% chez les hommes et les femmes de 15-49 ans (2006), 1,7% chez les femmes enceintes (2009), 2,2% chez les donneurs de sang (2010), mais 35% chez les professionnels de sexe (PS), allant de 20 à 60 % selon les différentes régions (2009). La séroprévalence du VIH chez les PS est très élevée dans quelques villages près de la frontière en Maradi et Zinder (source : ONUSIDA). Le taux de dépistage et de guérison de la tuberculose restent faibles, respectivement de 57% et 79% en 2009.

La mortalité infantile était de 198 pour 1000 naissances vivantes en 2006, mais elle s'est améliorée pour se situer à 130.5 pour 1000 naissances en 2010. Entre 40 et 50% des enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition et de 10 à 15% d'entre eux de malnutrition aiguë. Les infections respiratoires représentent plus de 25% de la morbidité et près de 16% de la mortalité, suivie par la diarrhée avec plus de 10% de la morbidité et de près de 4% de la mortalité. La plupart de ces cas concernent les enfants de moins de 5 ans.

Environ 95% des femmes enceintes passent au moins 1 consultation (CPN) prénatale, et la plupart d'entre elles sont (volontairement) testées pour le VIH.

Cependant, la mortalité maternelle reste élevée avec 648 pour 100.000 naissances vivantes en 2006 et 554 en 2010, probablement en raison du nombre élevé de grossesses par femme (la faiblesse du taux de prévalence contraceptive) et du pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié encore relativement faible (20-34%), ainsi que de la faible couverture sanitaire.

Selon le SNIS 2010, le taux de prévalence contraceptive est de plus de 20%, tandis que l'EDS 2006 ne mentionnait que 5%. Il est extrêmement peu probable qu'une augmentation de 15% aurait eu lieu en seulement 4 ans dans une culture valorisant fortement les très grandes familles.

Le fait que plusieurs indicateurs soient au-delà de 100% (certains taux de vaccination, CPN dans certains domaines) montre que probablement les dénominateurs utilisés pour presque tous les indicateurs clés de la santé maternelle et infantile ne sont pas fiables (en dehors de CPN et les taux de vaccination, également le nombre de femmes enceintes, le nombre de vaccinations contre le

³ Comptes Nationaux de la Santé Exercice 2008-2009. MSP/DEP, décembre 2011.

⁴ <http://www.who.int/countryfocus>, mise à jour juillet 2009

tétanos pendant la grossesse, les accouchements assistés, etc.). Ce dénominateur est le nombre d'enfants nés.

En raison du manque de fiabilité des registres des naissances, nous utiliserons les statistiques extrapolées à partir du dernier recensement de l'état civil.

Le dernier recensement au Niger a eu lieu en 2001, de sorte que toute légère déviation de la croissance réelle de la population devient plus grande chaque année et plus il est probable que les dénominateurs utilisés ne soient pas correctes.

Souvent, les chiffres nationaux de la population sont utilisées pour calculer la population pour chaque région / district, alors qu'il pourrait y avoir des différences régionales importantes entre les taux de croissance des différentes régions, ce qui donnerait des chiffres de population erronés. En 2012, un nouveau recensement sera effectué, générant des données démographiques mises à jour, qui permettront au secteur de la santé de calculer des dénominateurs plus fiables pour les indicateurs clés de performance⁵.

3.2 Système de santé

Le pays est divisé en 8 régions: Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéry et Zinder. La population par région varie d'environ 506.000 à Diffa à plus de 3 millions à Maradi. Chaque région a un certain nombre de départements. Ceux-ci correspondent avec les districts sanitaires (DS), à l'exception de Niamey, qui dispose de 5 arrondissements, mais seulement 3 DS. La population d'un DS est également très variable, de 28.000 en Bilma (Agadez) à plus de 1 million en Mirriah (Zinder)⁶.

3.2.1 Responsabilités

La responsabilité globale de la santé au Niger est l'apanage du MSP, au niveau régional celui de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) et au niveau du district de L'Equipe Cadre de District (ECD).

Un processus de décentralisation est en cours. Le Niger a choisi la déconcentration plutôt que la dévolution, ce qui signifie qu'il y a des lignes hiérarchiques directes entre les MSP, la DRSP et l'ECD, non seulement au niveau technique, mais aussi financier.

Par conséquent, les fonds gouvernementaux pour la santé sont affectés et canalisés par le MSP vers les niveaux inférieurs. Chaque niveau de l'administration produit des plans d'action annuels et des rapports. Chaque niveau transmet aussi des données du SNIS à l'échelon supérieur.

Le MSP est responsable de la réglementation, la coordination, les politiques et directives, les plans stratégiques, le suivi et l'évaluation, la coopération avec d'autres partenaires au développement, tels que d'autres ministères, les organismes des Nations Unies, les financeurs internationaux et les ONG, ainsi que pour les contacts internationaux. Entre autres, le DRSP est responsable de la supervision semestrielle des districts dans leur région, ainsi que de la formation du personnel de santé (cadres, agents de Santé, etc.) dans la FS. L'ECD, dirigée par le Médecin Chef de district (MCD), est responsable de la planification et

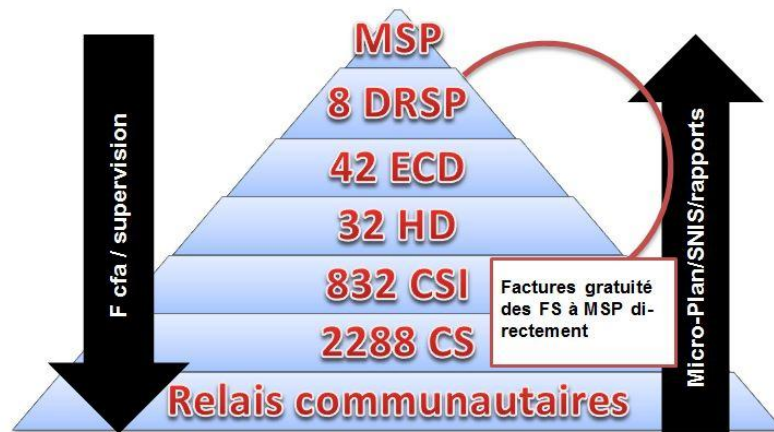
⁵ <http://www.stat-niger.org/statistique/articles.php?lng=fr&pg=718>

⁶ Source de données sur la population par région et par district: L'Institut National de la Statistique. La population du Niger en 2012.

de la supervision trimestrielle des formations sanitaires dans le district. Ils sont également impliqués dans la formation des cadres de santé.

L'ECD se compose d'un noyau de 5 personnes, l'équipe cadre: le MCD, le Médecin Chef de District Adjoint (MCD-A), le gestionnaire, l'épidémiologiste et un communicateur. En outre, une variété de points focaux des programmes verticaux sont présents dans les districts, qui, ensemble avec l'équipe cadre du district, forme l'équipe élargie. Les programmes suivants sont représentés: VIH / SIDA, paludisme, tuberculose, la nutrition, ver de Guinée, lèpre, santé reproductive, PEV (vaccination), maladies tropicales négligées, l'hygiène, la participation communautaire, ainsi que les relations avec les ONG. Le MCD travaille 30% à l'hôpital et 70% à ECD, tandis que le MCD-A fonctionne à 70% à l'hôpital et 30% à ECD. Celui-ci est effectivement le directeur de l'hôpital.

La composition de l'équipe DRSP reflète celle de l'ECD.



3.2.2 Prestations de santé

La plupart des soins de santé sont dispensés par le gouvernement. Des établissements privés de soins de santé (cabinet ou clinique) n'existent que dans les grandes villes, comme Niamey, Tahoua, Agadez, Maradi et Zinder.

Le niveau le plus bas des interventions de santé a lieu au niveau communautaire par des bénévoles, relais communautaires, impliqués dans des activités de prévention. Il y a aussi des accoucheuses traditionnelles, qui sont appelées matrones au Niger. Le niveau de santé de soins primaires est l'affaire des Cases de Santé (CS), pour lesquels un ensemble de Paquet de services spécifiques essentiel a été identifié, géré par un agent de Santé Communautaire (6 mois de formation). Ils travaillent souvent seuls, tantôt avec d'autres personnes. Sur les 2465 CS, 2288 sont fonctionnels. Le niveau suivant est le Centre de Santé Intégré (CSI), dont deux types existent. Un CSI-1 est plus petit et, officiellement, n'a pas une maternité. Un CSI-2 est plus grand et dispose d'une maternité. Parfois, un CSI est classé comme CSI-2, parce que la population qu'il dessert est de plus de 15.000 personnes, mais il ne doit pas nécessairement avoir une maternité officielle. Un CSI devrait être géré par un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'Etat (IDE) et offrir le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Le niveau suivant est l'Hôpital de District (HD), offrant le paquet Complémentaire d'Activités (PCA), et géré par le MCD-A, un médecin. Au-dessus de ce niveau il y a des hôpitaux régionaux et nationaux, ainsi que quelques hôpitaux spécialisés et maternités. Toutes

les Formations Sanitaires font un plan annuel. Ce plan prend la dénomination de micro plan pour les CSI et CS, et celle de Plan d'Action Annuel (PAA) à partir du niveau DS. Le PAA comprend les activités, les investissements, le budget nécessaire et les sources attendues de fonds.

Bien que de nombreuses infirmières travaillent déjà à tous les niveaux du système de santé, la majorité des médecins sont encore des hommes. Le ratio hommes/femmes est en effet important pour les services de soins maternels.

Selon le MSP la couverture sanitaire en infrastructures de premier contact pour les soins de santé de base, s'établit à 71% (PDS 2011-2015).

Il y a un système de référence et contre-référence (R / CR) entre les niveaux de soins de santé.

Un organisme national achète et distribue tous les médicaments et autres fournitures: l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques du Niger (ONPPC). Les FS peuvent commander leurs médicaments selon leurs besoins.

La pratique d'un double travail est autorisée pour les cliniciens, mais pas pendant les heures de travail officielles. Pour les pharmaciens fonctionnaires, il est interdit de travailler également dans le secteur privé.

Un projet est en cours pour améliorer la communication entre les différents niveaux du système de santé. Au niveau national, régional et des districts des téléphones portables sont disponibles, qui peuvent être utilisées gratuitement pour des appels liés au travail. Certains CSI en disposent déjà, les autres vont suivre.

3.2.3 Financement de la santé

Selon le RDH 2011, le gouvernement du Niger consacre 2,8% de son budget à la santé (par rapport à 4,5% pour l'éducation). Toutefois, selon le rapport SNIS 2010 le budget de de la Santé représente 7,85% du budget national en 2010 (en baisse par rapport à 9,5% en 2007, 2008 et 2009, mais les valeurs absolues montrent quand même une augmentation). Il n'est pas clair pourquoi il y a une si grande différence entre les chiffres du PNUD et du gouvernement.

Un aperçu sur les renseignements clés sur le financement de santé est présenté dans le tableau ci-dessous - les estimations sont tirées des CNS 2011 (par rapport à 2008 et 2009).

D'après ce tableau, il est clair que les ménages paient directement la plus grande partie des dépenses de santé. Comme il n'y a pas d'assurances à proprement dit, ce sont tous des frais déboursés directement par les ménages. Un autre commentaire intéressant que les auteurs de la CNS ont mentionné est que l'introduction de la gratuite en 2007 (voir ci-dessous) n'a pas réduit le pourcentage relatif des dépenses des ménages.

Les dépenses totales de santé représentent environ la moitié de la quantité recommandée par la Commission sur la Macroéconomie et la Santé il y a plus de 10 ans en 2000.

Tableau 1: L'information clé sur le financement de la santé au Niger

	2008	2009	Remarques
Dépense globale par habitant	8 833 f cfa	8 945 f cfa	€13.46 → €13.64 \$18.10 → \$18.33
Dépense globale comme % du PIB		6.4%	
Consommation médicale	6 595 f cfa	6 907 f cfa	
% financé par les ménages	42%	43%	Seulement 2% des charges passent par l'assurance maladie
% financé par l'Etat	33%	32%	
% financé par les PTF		20%	De 35% en 2005
% financé par les entreprises	5%	5%	
% financé par des ONG locales	<1%	<1%	
% financé par les collectivités locales	<1%	<1%	

Le gouvernement se charge de la construction des infrastructures de santé ainsi que du paiement des salaires. Les coûts d'exploitation et les investissements sont financés par des dotations du MSP à des régions et des districts, selon les plans annuels. Il y a deux systèmes: la caisse unique, et la caisse autonome. Dans les districts avec la caisse unique, l'ECD gère les frais de fonctionnement de tous les FS dans le district. Les FS remettent tous leurs revenus venant de recouvrement à l'ECD, qui les redistribue en fonction des besoins. Dans les districts avec la caisse autonome, les FS peuvent garder le recouvrement (paiement fait par les patients) et les utiliser pour l'achat de médicaments essentiels et autres coûts opérationnels. La plupart des districts utilisent le système de caisse unique. Les FS dans les districts avec caisse autonome ont leur propre compte bancaire.

Qu'il ait une caisse unique ou une caisse autonome, de nombreux districts bénéficient également de dons en nature par les organismes des Nations Unies ou par les ONG, telles que la fourniture de ressources humaines, de médicaments, de matériel, de formation, de construction ou de rénovation d'un bâtiment etc.

3.2.4 Paiement des prestataires et co-paiement par les patients

Tous les agents de l'Etat i.e. fonctionnaires, sont payés par l'Etat à travers le Ministère de l'économie et des Finances (crédits délégués pour ceux qui sont dans les Régions et Districts). Mais de nombreux agents responsables pour un

CS et le personnel de soutien dans les CSI sont payés par le gouvernement local (mairie). Il y a aussi un nombre important de bénévoles.

Les salaires sont fixés selon le diplôme et l'ancienneté, ainsi que le nombre d'enfants qu'un fonctionnaire a à sa charge et en plus les indemnités. L'allocation familiale est de 2 500 f cfa par enfant ou personne à charge jusqu'à 6 (les personnes concernées sont les enfants mineurs i.e. moins de 18 ans, les handicapées quel que soit l'âge et les enfants faisant leurs études). Si l'on a plus de 6 enfants (ce qui est le cas pour la plupart des familles) et que le plus âgé ne compte plus, car il / elle a eu 18 ans, il / elle peut être remplacée par numéro. 7, et ainsi de suite. L'avantage du nombre d'enfants n'est pas tant le montant perçu au titre de l'allocation familiale (le taux par enfant étant trop faible), mais plutôt les abattements sur l'impôt. Plus vous avez d'enfants moins est élevé l'impôt que vous payez (jusqu'à 30% en moins).

L'allocation pour enfant est très élevée et ne constitue pas une incitation à réduire le nombre d'enfants, bien que la politique officielle du gouvernement vise à réduire la fécondité. Il est intéressant aussi de noter que le salaire ne dépend pas de la responsabilité de quelqu'un. Bien que le responsable d'une FS puisse vivre dans une maison de fonction (= paiement en nature), l'inconvénient à cela est qu'il / elle soit souvent réveillé la nuit pour les cas urgents, et il n'obtient alors aucune indemnité supplémentaire.

Les patients paient des frais d'utilisation (recouvrement), mais en 2007 l'ancien président du pays a introduit la gratuité des soins pour tous les enfants de moins de 5 ans, pour CPN, planification familiale (PF), les vaccinations, césariennes et le traitement du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Les accouchements sont maintenant très bon marchés, mais il est prévu dans le PDS de les inclure dans le programme de gratuité. Bien que parfaitement compréhensible du point de vue de la nécessité de réduire la mortalité infantile ainsi que la morbidité et la mortalité maternelles (objectifs OMD), il est inutile de dire que la gratuité, comme l'allocation pour enfant, n'est pas de nature à constituer une incitation à réduire la fécondité, car une grande partie des coûts pour obtenir et élever des enfants sont ainsi subventionnés.

L'idée était que le gouvernement rembourse les FS pour la perte de revenu du recouvrement pour les services maintenant gratuits, mais jusqu'à maintenant le Ministère de L'Economie et des Finances (MEF) n'a pas payé. Les arriérés se sont accumulés à 21 milliards de f cfa. Pour 2012, 6 milliards de f cfa ont été inscrits au budget, mais rien n'a encore été versé. Le MEF rétorque qu'il n'a aucun moyen de vérifier que les revendications des FS sont vraies et soupçonne une surfacturation, alors que d'autres disent que le gouvernement n'a tout simplement pas les moyens financiers pour subventionner la gratuite de soins.

Mis à part les frais d'utilisation de soins, les patients ont également à payer pour un carnet de santé (et un carnet distinct pour les femmes enceintes), qui coûte 100 ou 200 f cfa et, dans certaines régions tout le monde paie un supplément de 50 ou 100 f cfa pour les services d'urgence dans le district (ce qui ressemble à un impôt de solidarité).

3.2.5 SNIS

Le secteur de la santé a un système SNIS étendu et courant. Chaque niveau de service remplit les supports (formulaires), basés sur les registres de patients différents, qui sont envoyés à l'échelon supérieur, où ils sont rassemblés et transmis au prochain niveau jusqu'à ce qu'ils arrivent au niveau du MSP. Le MSP produit un Annuaire des Statistiques sanitaires du Niger, qui contient des informations sur la démographie, les ressources (infrastructures, équipements,

ressources humaines et financières), l'utilisation des services et les maladies les plus fréquentes et importantes. Une réforme du SNIS a été initiée, car il y avait des doutes sérieux quant à la fiabilité des données produites.

3.2.6 Participation communautaire

Chaque aire de santé doit avoir un organe de décision appelé Comité de Santé (COSAN) composé des représentants des populations de villages, groupements ou quartiers rattachés à l'aire de santé. Le comité de santé élit en son sein un organe d'exécution qui est le Comité de Gestion (COGES), avec 3 membres de la communauté élus. Parfois, le chef CSI est le secrétaire des COGES. Ils sont censés se réunir mensuellement et faire un procès-verbal de leurs réunions. Il y a aussi un plus grand Comité de Santé (COSAN) au niveau du district, qui se réunit trimestriellement. La composition et les attributions de ces organes sont clairement décrites dans les Normes et Standards du Système National de Santé 2007.

3.2.7 Coopération avec les partenaires au développement

Il existe un Fonds Commun (FC), dans lequel 4 bailleurs de fonds (la Coopération Espagnole, l'UNICEF, l'AFD et GAVI) mettent des fonds en commun pour alimenter le budget du MSP (appui budgétaire sectoriel). Les fonds de GAVI sont affectés à la vaccination. L'AFD envoie la plupart de ses fonds pour la santé (14 M € pour 5 ans) au FC, mais les autres bailleurs de fonds du FC financent également des projets en dehors du FC. Le montant total du FC est d'environ € 7.000.000 par an (hors GAVI).

Le Banque Mondiale aussi canalisait ses financements par l'intermédiaire du FC, mais ce n'est plus le cas pour le moment, bien que le résultat d'une étude d'évaluation interne fut positif. La Banque met à la disposition du pays un prêt de 20.000.000 USD pour VIH / SIDA.

L'UNICEF est le principal bailleur de fonds du pays, et consacre de 15 à 20.000.000 USD par an à la survie de l'enfant (santé, nutrition, eau et assainissement)⁷. Ces sommes financent l'approvisionnement en médicaments, consommables et la chaîne du froid, formation à tous les niveaux, y compris les COSAN et COGES, et l'appui au MSP.

L'UNFPA soutient les sages-femmes dans les districts où l'équipe élargie ne dispose pas d'un point focal pour la RS, fournis des contraceptifs, et finance un programme de réparation de la fistule.

La CTB avait décidé de rejoindre le FC, mais après une étude de faisabilité, le gouvernement belge a trouvé que le risque fiduciaire n'était pas acceptable. Les fonds de la CTB financent pour la plupart des formations. La CTB dispose de deux assistants techniques dans le MSP.

Les autres partenaires importants sont l'OMS et le Fond Global.

Il y a plus de 100 ONG soutenant le secteur de la santé. La plus grande partie de leur soutien est dirigé vers les services de nutrition et d'urgence, bien que leur travail couvre également d'autres domaines.

⁷ Ce montant s'ajoute au USD 1 million par an pour le FC, et exclue également un gros budget pour les services d'urgence .

4 Méthodologie de l'étude

4.1 Briefing et revue documentaire

Lors de l'arrivée, l'équipe a rencontré les membres des Comité de Pilotage et Comité Technique FBP de la MSP, le Coordinateur de l'Unité de Lutte Contre les IST / VIH / SIDA (ULSS) pour un briefing en présence du responsable de la Banque mondiale. La réunion a été présidée par le Secrétaire Général Adjoint du MSP.

Lors du briefing, l'équipe a appris que l'étude sur la faisabilité n'était pas destinée à répondre à la question de savoir si oui ou non le FBP pourrait être introduit au Niger, mais plutôt de savoir comment cela pourrait se faire, car le MSP avait déjà décidé d'inclure le FBP dans la réforme du financement de la santé, comme le décrit le PDS 2011-2015.

Il a également été confirmé que le champ d'application du programme pilote FBP serait plus important que le VIH / SIDA. Même si le pilote sera financé sur le crédit du deuxième Projet d'appui VIH / SIDA, d'autres indicateurs peuvent être inclus, du moment que les principaux indicateurs du VIH / SIDA sont également inclus.

Le MSP a précisé que les hôpitaux de district étaient censés être inclus dans l'étude de faisabilité.

L'équipe a recueilli et étudié les documents pertinents, comme le PDS 2011-2015, CNS 2011, les formulaires SNIS et les Annuaire Statistiques 2009 et 2010, Guide de Suivi et Evaluation du PDS 2011-2015, les Normes et Standards du Système de Santé 2007 (pour tous les types de FS et de la DRSP / ECD), des informations sur la conférence sur la gratuité, qui a eu lieu au cours de la mission, etc. Des documents supplémentaires ont été recueillis sur le terrain, en particulier les rapports de supervision.

L'équipe externe a reçu la plupart des informations nécessaires sur le système de santé au Niger de leurs collègues locaux et des discussions avec plusieurs bailleurs de fonds.

4.2 Préparation du travail de terrain

4.2.1 Sélection des districts et activités

Selon les Termes de Référence, l'étude devait être menée dans un échantillon de 10 districts sanitaires répartis dans les 5 régions incluses dans le deuxième Projet d'appui au VIH / SIDA: Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéry et Zinder. La région de Niamey a 3 DS, les autres 6 ou 7. Afin de sélectionner les districts pour l'étude, l'équipe s'était mis d'accord sur les critères suivants:

- la division urbaine-rurale devait correspondre avec les 20% / 80% Urbains et Ruraux → deux districts urbains
- Niveau de pauvreté → un district pauvre et un moins pauvre dans chaque région
- Distance à la route principale → un district sur la route principale, l'autre plus isolé
- Sécurité pour L'Équipe

Après l'application de ces critères de sélection (qui ne sont pas complètement mutuellement exclusifs), les districts suivants ont été choisis pour l'étude de terrain:

- Maradi: Dakoro et Tessaoua
- Niamey: DS 2 (urbain) et DS 3 (un peu plus rural et plus pauvre)
- Tahoua: Tahoua (urbain) et Illéla
- Tillabéry: Ouallam et Filingué
- Zinder: Mirriah et Magaria

Dans chaque district les activités suivantes seraient entreprises

- Visite de courtoisie au DRSP
- Entretien avec ECD/MCD, enquête SNIS ECD
- Prendre un échantillon des FS à visiter: HD, 1 CSI-2, 1 CSI-1, 1 CS, 1 FS confessionnel ou privée (s'il y en a)
- HD: Entretien avec responsable + Enquête Qualité + Enquête SNIS HD
- CSI: Entretien avec responsable + Enquête Qualité + Enquête SNIS CSI
- CS: Entretien avec responsable + Enquête SNIS CS
- Entretien avec 1 ONG, si il y en a

Une fois sur le terrain, il s'est avéré que deux districts urbains n'ont pas d'hôpital de district, parce qu'un hôpital régional ou national étaient situés dans les districts (Niamey 2 et Tahoua). Parce que les hôpitaux de niveau supérieur ne seraient pas inclus dans le pilote FBP, il a été décidé de ne pas leur rendre visite.

Par conséquent 8 hôpitaux ont été inclus dans l'étude. Aux niveaux inférieurs 9 CSI de type 1, 10 CSI de type 2, 1 FS privée, et 2 FS confessionnelles ont été visités⁸, 13 CS ont été visités et 10 ONG. Dans les 8 districts ruraux, il n'y avait pas de cliniques privées (cabinet ou clinique).

Le travail par région était planifié pour 7 jours, 3 jours dans chaque DS et un jour pour le rapportage, y compris le déplacement d'une région à l'autre et d'un DS à l'autre.

4.2.2 Développement des outils

L'équipe a préparé 10 outils pour recueillir les informations requises sur terrain.

- Questionnaire MCD / ECD
- Questionnaire Responsable HD / CSI
- Questionnaire Responsable CS
- Questionnaire ONG
- Questionnaire Qualité HD / CSI
- Questionnaire SNIS ECD
- Questionnaire SNIS HD
- Questionnaire SNIS CSI
- Questionnaire SNIS CS
- Questionnaire Focus Groupe villageois

Les entretiens avec les responsables étaient focalisés sur les questions, qui sont pertinentes pour un programme FBP, comme ressources humaines, sources de financement des services, salaires et motivation, approvisionnement en intrants, qualité, fiabilité du SNIS, supervision etc.

8 Fraternité Notre-Dame (catholique) et Wadata (musulman) à Niamey 2

Pour le questionnaire de qualité, l'équipe a fait usage d'un outil existant pour le FBP d'autres pays, qui a été adaptée pour être en conformité avec les normes et standards pour les services de santé au Niger, tels que décrits dans les Normes et Standards du Système de Santé (2007). Il a également été réduit à deux tiers en vue de s'inscrire dans le temps disponible pour les visites à la FS. Le questionnaire se compose de 67 indicateurs, répartis en 15 indicateurs composites. Officiellement les CSI-1 ne sont pas dotés de maternité, mais comme les accouchements s'y font quand même, les salles d'accouchement ont été évaluées comme des maternités. Pour les examens de laboratoire dans les CSI l'évaluation s'est basée sur le minimum d'activités demandés même s'il n'y a pas d'équipement.

Dans un programme FBP les informations des FS sur les services rendus, rapportées aux acheteurs, sont la base des paiements des subsides. Donc la fiabilité de l'information est très importante. Pour évaluer la fiabilité de données SNIS, un certain nombre d'indicateurs étaient vérifiés dans les registres, comme ce qui est pratiqué dans un programme de PBF. De plus, des entretiens avec les responsables du SNIS ont été réalisés.

Pour avoir une idée sur ce que font les ONG dans les districts, la façon dont ils coopèrent avec les autorités et quelles sont leurs opinions sur le FBP, l'équipe a décidé d'interviewer un représentant d'une ONG par district.

Les focus groupes au sujet de la capacité et de la volonté de payer ont été organisés après que 8 districts aient été déjà visités. L'équipe a demandé à chaque responsable d'un FS quel était le pourcentage de personnes pour lesquelles les coûts des services de santé ne sont pas abordables. La quasi-totalité d'entre eux a répondu zéro pour cent, tandis que l'équipe s'attendait à ce que dans un pays pauvre comme le Niger, un pourcentage substantiel de la population connaîtrait des difficultés à payer, comme les frais d'utilisation, en particulier pour les soins hospitaliers, ne sont pas bon marché. L'équipe a donc décidé de procéder à des focus groupes avec des villageois dans les deux districts restants (au lieu de visiter le CS). Les deux membres de l'équipe de la MSP mèneraient les groupes de discussion, parce qu'ils parlent les langues locales (Haoussa et Djerma). Un questionnaire pour guider les enquêteurs a été préparé. Parce que le questionnaire a été élaboré après que les autres outils aient été testés sur le terrain, le questionnaire n'a pas passé par le processus de test au même titre que les autres outils. Il a été légèrement adapté, après le premier groupe et quelques questions ont été ajoutées.

Tous les outils ont été testés sur le terrain à Niamey 2 et Ouallam à l'exception du questionnaire de focus groupe. L'équipe a également voulu tester si le programme convenu était réalisable dans les délais. Toute l'équipe de 5 personnes a participé à l'essai sur le terrain pour s'assurer que tout le monde serait à mesure de conduire des entretiens de la même façon. L'équipe a également utilisé le test sur le terrain enfin de décider quelles questions devaient être approfondi. Après que les outils aient été testés, les changements nécessaires ont été faits, et quelques questions ont été ajoutées. À ce stade, les outils ont été présentés au Comité de Pilotage pour la validation. Sur les bases de leurs commentaires quelques autres adaptations ont été faites et les outils ont été finalisés. Les données et informations recueillies à Niamey 2 et Ouallam ont été utilisés dans l'analyse, bien que l'information sur certaines questions qui ont été ajoutés après le test de terrain aient été insuffisante.

Tous les outils définitifs sont fixés à l'annexe 5.

4.3 Collecte des données sur le terrain

Le travail de terrain a été divisé en 3 parties. Comme décrit ci-dessus les outils ont été testés à Niamey 2 et Ouallam, districts plus proches de la capitale. Après que les outils aient été mis au point, une équipe de 3 personnes est partie pour Tahoua, Maradi et Zinder: Dr Diop, Mr Galo et Mme Ocquet. Les deux autres membres de l'équipe ont quitté le pays et sont retournés au Niger lorsque l'équipe de terrain est revenue à Niamey. Le chef d'équipe a fourni un appui à distance à l'équipe sur le terrain. L'équipe a passé une journée ensemble à Niamey, avant le début du travail sur le terrain pour les 2 derniers districts à Niamey 3 et Filingué, travail entrepris par Mme Rwiyerika, Mr Galo et Mme Ocquet. Dr Diop a passé une semaine chez lui pendant cette période.

Dr Diop était responsable du questionnaire de qualité et Mme Ocquet des questionnaires du SNIS. Mr Galo a fait la plupart des entretiens avec les Responsables des FS. Mme Rwiyerika a remplacé Dr Diop au cours du travail de terrain dans les 2 derniers districts et était également responsable des focus groupes et de l'analyse des entretiens avec les ONG dans les districts.

4.4 Analyse des parties prenantes

Pendant toute la mission le chef d'équipe a entretenu un contact régulier avec le DEP, ULSS et la Banque mondiale. Durant la dernière semaine du travail sur le terrain, le chef d'équipe a mené des réunions avec plusieurs membres du MSP, des bailleurs de fonds et d'autres intervenants⁹. L'objectif de ces réunions était d'évaluer la surface d'appui pour l'introduction du FBP, quels étaient les avantages et les risques perçus par les partenaires, etc.

Dans les premiers stades de la mission, il est devenu évident qu'il existe déjà plusieurs programmes au Niger qui font recours à des incitations financières pour motiver le personnel. Il a été décidé de parler à certains d'entre eux et discuter de leur expériences et des défis perçus.

4.5 Analyse et restitution

L'équipe a fait une première analyse de toutes les données et informations recueillies. Sur cette base le programme et les présentations de l'atelier ont été préparés.

L'atelier a lieu du 30 au 31 Mars 2012. La première journée a été consacrée à des commentaires sur l'étude, la deuxième journée a été utilisée pour tenir des discussions sur l'Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du système de santé du Niger vis-à-vis du FBP et des recommandations et des options pour la conception du projet pilote FBP au Niger. Le Chef d'Equipe a pris la responsabilité de l'analyse FFOM et des recommandations sur la conception du programme.

La participation à l'atelier a été très forte, en tenant compte du fait qu'il a eu lieu vendredi et samedi (soit durant le weekend). Le nombre des représentants du MSP et des partenaires au développement qui ont pris part aux discussions étaient 25-30 personnes.

⁹ For a full list of people interviewed see Annex 4

4.6 Rapportage

Après l'atelier, le chef d'équipe a rédigé le rapport, qui a été envoyé aux membres de l'équipe et plus tard au bureau du Représentant National de la Banque mondiale et le MSP pour leurs commentaires. Le rapport a ensuite été finalisé au début du mois de Mai.

5 Résultats

Dans cette section les résultats de l'étude sur la faisabilité/étude de base faite sur les 10 districts et au niveau national seront présentés en 14 sous-sections:

1. Ressources humaines, salaires et motivations
2. Situation financière
3. Les médicaments
4. Autres entrants dans les FS
5. Gestion
6. Supervision
7. Utilisation des services / charge de travail
8. Frais d'utilisation et capacité de paiement
9. Qualité des services
10. SNIS
11. Formation
12. La coopération avec la communauté
13. Le rôle des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)
14. Opinions sur le FBP

Il convient de noter à ce point que, bien que 10 districts représentent près de 25% de tous les districts et ceux-ci ont été choisis avec le plus de précision pour être aussi représentatifs que possible, l'étude ne peut être utilisée de manière à être représentative pour tout le Niger. Seules 5 des 8 régions ont été incluses et la mise en place a été plus axée sur des aspects qualitatifs que sur des informations quantitatives. Mais là où cela a été possible et instructif, des données quantitatives ont été aussi fournies.

5.1 Ressources humaines, salaires et motivation

Les ressources humaines qualifiées représentent l'intrant le plus important dans les systèmes de santé partout dans le monde. Elles sont essentielles pour le diagnostic et le traitement correct et constituent souvent autour de 60% de tous les coûts des soins de santé. Quand il n'y a pas de personnel qualifié dans les formations sanitaires, les patients évitent de s'y rendre. La présente étude s'est portée sur la présence et les qualifications du personnel et veut vérifier si elle est en accord avec les normes du MSP, mais également comment elles se conforment à la charge de travail. La même chose a été faite pour le niveau du district, où l'ECD est responsable de la supervision des formations sanitaires.

Avec le FBP, il s'agit d'augmenter la motivation des agents de santé pour remplir leurs fonctions. Bien que les récompenses financières ne soient pas les seules incitations, elles créent une puissante force de motivation. Lorsque les salaires sont trop faibles pour avoir une vie décente, les employés sont souvent absents de leurs postes ou en train d'essayer de trouver un emploi dans le secteur privé avec des revenus plus importants. Le bonus du personnel, inclus dans la plupart des programmes FBP, doit être suffisamment élevé pour constituer une incitation à travailler plus et de manière plus performante. Plus les salaires initiaux sont faibles, plus la différence qu'un bonus FBP sera importante, et plus il va augmenter la motivation. Si les salaires sont déjà très élevés, il est difficile d'inclure un montant pour les primes du personnel qui pourra faire une différence. Dans ce cas, le programme de FBP s'appuierait davantage sur d'autres mesures incitatives pour accroître la motivation, comme un meilleur environnement de travail et une plus grande autonomie pour prendre des décisions.

Dans cette section, nous décrivons également les programmes de motivation du personnel déjà en place.

5.1.1 Equipe cadre de district

Selon les normes et standards du MSP chaque ECD doit avoir 5 membres du personnel de base: 1 MCD, 1 MCD-Adjoint, 1 gestionnaire, 1 épidémiologiste et 1 communicateur. Tous les 10 ECD respectent cette norme (3 ECD ont d'ailleurs 2 épidémiologistes), mais 4 ne dispose pas d'un MCD-Adjoint. Cela signifie que soit le MCD exerce deux emplois (gestion de l'ECD et de l'hôpital), ou une autre personne est chargée de la gestion quotidienne de l'hôpital de district¹⁰. Aucun staff des ECD ne travaille dans le privé en dehors des heures de service.

Dans le tableau ci-dessous les normes de l'ECD pour le personnel de soutien sont comparées avec la situation réelle dans les 10 districts:

Tableau 2: Personnel d'appui ECD - normes et réel

	Normes	% selon ou au-dessus des normes	Remarques
Gestionnaire de la pharmacie	1	80%	
Secrétaire	1	60%	1 ECD a 2 secrétaires
Chauffeurs	2	90%	En moyenne les ECD ont 3.5 chauffeurs 1 ECD a 1 chauffeur
Manœuvre /Planton	1	100%	3 ECD ont 3,7 et 12 respectivement
Ouvrier polyvalent de maintenance	1	100%	
Gardien	--	100%	1 ou plus

En général les ECD ont aussi du personnel de soutien en nombre suffisant, bien que les secrétaires semblent être en nombre insuffisant. Toutefois, la situation du personnel de soutien n'est pas tout à fait claire, compte tenu du fait que l'équipe a été informée qu'ils sont souvent partagés entre l'hôpital et l'ECD. Certains répondants pourraient avoir inclus les chauffeurs et les manœuvres de l'hôpital dans les chiffres donnés ci-dessus par exemple. Ce partage du personnel, ainsi que la règle des 30% -70% entre MCD et MCD-Adjoint signifie que l'ECD n'est pas une entité distincte de l'organisation de l'hôpital de district, ce qui n'est pas souhaitable en termes de délimitation claire des responsabilités. Avec cette situation dans le programme du FBP il est très difficile de trouver une bonne façon de diviser le bonus parmi le personnel de l'ECD et l'hôpital de district.

Mis à part le personnel requis, en moyenne 11 programmes verticaux ont un représentant au sein des DS. Parce que certains des programmes verticaux partagent un point focal, L'équipe élargie (y compris l'équipe cadre) est généralement constituée de 14-15 personnes.

Tout le staff de l'équipe cadre et de l'équipe élargie sont salariés par le gouvernement, mais parmi le personnel de soutien la majorité se trouve soit sous un

¹⁰ Le MSP vient de recruter 400 médecins nouvellement diplômés et les a affectés dans toutes les régions. Ils ne s'étaient pas encore présentés à leur poste lors de nos visites sur le terrain. Mais maintenant certain des districts visités ont peut-être un MCD Adjoint.

contrat à court terme soit sont des bénévoles. Certains sont même payés sur le recouvrement (RC).

5.1.2 Hôpital de district

Sur les 8 hôpitaux visités, tous avaient 1 ou 2 médecins payés par le gouvernement, ce qui est inférieur à la norme de 3. Deux hôpitaux avaient respectivement 7 et 12 médecins de plus, payés par des ONG. Dans 6 des 8 hôpitaux le nombre de sages-femmes était selon les normes ou juste au-dessus de la norme (4), tandis que 2 hôpitaux avaient respectivement 1 et 3 sages-femmes. Quant à la présence de l'IDE et IC, l'équipe a comparé leur nombre réel à la norme de 1 par 6 lits et avec le taux d'occupation des lits. Le nombre de lits de chaque hôpital et les taux d'occupation viennent du rapport SNIS de 2010.

Tableau 3: Les infirmières de HD - normes et actuels

	No. lits SNIS 2010	IDE	IC	total	lits/ infirmière	Taux d'Occ SNIS 2010
Dakoro	108	5	2	7	15.4	59%
Filingué	54	10	1	11	4.9	11%
Illéla	72	3	-	3	24.0	14%
Magaria	103	8	9	17	6.1	17%
Mirriah	141	12	11	23	6.1	58%
Niamey 3	52	11	9	20	2.6	77%
Ouallam	42	10	4	14	3.0	37%
Tessaoua	80	9	5	14	5.7	68%

Comme on peut le voir dans le tableau, le nombre d'infirmières varie beaucoup: deux hôpitaux sont dans la norme, 4 ont plus d'infirmières qu'il ne le faut et les deux autres présentent une grande insuffisance. Il convient de noter ici, qu'il n'est pas clair que le nombre de lits donnés dans le rapport du SNIS soit fiable¹¹. Une autre question est que les taux d'occupation sont généralement faibles (43% en moyenne, mais variant de 11% -77%). Nos propres enquêtes pour 2011 ont montré une moyenne du taux d'occupation de 44%. Le taux d'occupation représente la charge de travail et l'efficacité d'un hôpital. En les considérant, aucun des hôpitaux connaîtraient une insuffisance en personnel et 6 sur 8 auraient un trop grand nombre d'infirmières¹².

Il y a peu de mouvement du personnel. En 2011, au total 16 membres du personnel ont changés, donc 2 par hôpital.

Les salaires des agents sont payés par l'Etat, le RC, les Collectivités, et les ONG (dont Concern, Help, MSF/Belgique, BEFEN, Save the Children et MSF/Suisse). L'équipe a notamment remarqué qu'en particulier un paiement par

¹¹ A Ouallam, l'épidémiologiste a utilisé le chiffre de 176 lits comme base de calcul alors que le rapport du SNIS de 2010 parle de 42 lits. Les chiffres pour les autres hôpitaux correspondent davantage.

¹² Ceci est nécessairement une approximation. La réalité est compliquée par le fait que les infirmier(e)s sont nécessaires dans des départements différents et ne sont pas forcément capables de changer de spécialité. Les gardes du soir et de nuit, le ratio hommes/femmes compliquent encore les choses. La seule conclusion qu'il soit possible de tirer, est qu'il ne semble pas y avoir de carence en infirmier(e)s dans les hôpitaux, étant donné les taux d'occupation bas.

une ONG est un motif de préoccupation, parce que récemment HELP et MSF Belgique ont quitté le district qu'ils soutenaient, en laissant tout le personnel qui était payé par leur soutien sans salaire et / ou emploi. Ce qui rend l'hôpital très vulnérable.

L'équipe a demandé au personnel des 8 hôpitaux qui ont été interviewés quel était leur salaire net. Cependant, parmi les personnes interrogées seulement 3 étaient MCD ou MCD-Adjoint, 2 étaient Gestionnaires et les 3 autres avaient d'autres postes dans l'hôpital. En outre, leurs salaires varient en fonction de l'ancienneté et de la taille de leur famille. Les montants donnés sont donc difficiles à comparer et à analyser. Les 3 MCD (-A) ont rapporté avoir un salaire net de 340 000 f cfa par mois en moyenne, ce qui est autour de 700 USD. Les autres répondants ont gagné en moyenne 200 000 f cfa par mois (entre 150 000 - 220 000), ce qui correspond à 410 USD par mois. Comparé au revenu moyen par habitant d'environ 400 USD par an¹³ (12) le personnel de niveau supérieur dans les hôpitaux de district gagne des salaires relativement élevés (12 à 21 fois le PIB par habitant).

Tout de même ils pensaient qu'en moyenne il leur fallait un ajout de 163 750 f cfa(entre 50 000- 300 000) ce qui équivaut à peu près à 335 USD (entre 102-615) par mois pour avoir une vie assez confortable dans leurs districts. Ceci explique déjà qu'il ne sera pas si facile dans un programme de FBP d'augmenter la motivation des employés de haut niveau de l'hôpital, puisque leurs salaires sont déjà élevés et que le bonus possible ne pourra pas permettre de faire une grande différence. Les expériences dans différents pays montrent que le bonus individuel offert aux employés des hôpitaux étaient inférieurs aux bonus offert aux employés travaillant à un niveau de soin inférieur, principalement parce que les bonus des hôpitaux doivent être partagés par un grand nombre des personnes y travaillant.

5.1.3 Centre de santé intégré

L'équipe a visité 9 CSI type 1 et 10 CSI type 2. Les deux FS confessionnelles ont été incluses parmi les CSI-type 2, ce qui en faisait 12. L'unique clinique privée n'a pas été incluse ici, puisque il n'était pas possible de la comparer aux CSI publics.

Tableau 4: Personnel CSI - normes et actuel

Personnel	Norme CSI type 1	= ou > à la norme	Norme CSI type 2	= ou > à la norme
Médecin généraliste	0	---	1	3/1214
Infirmier diplômé d'Etat	1	9/9	1	11/1215
Infirmier certifié	1	7/916	2	9/1217
Sage-femme	0	---	2	4/12
Technicien d'hygiène et assainissement	0	---	1	1/12

13 estimations 2011 du PIB de 6,5 milliards USD réelle divisée par 16 millions pop

14 En plus il y a 3 CSI-2 où un médecin est nouvellement affecté, mais qui n'a pas encore pris son service

15 Le seul CSI-2 sans IDE n'a pas de MD: il est tenu par un IC

16 5/9 ont 1 IC, mais 2 ont 2 IDE, au lieu de 1, donc ont plus de personnel que la norme

17 Certains des 9 n'ont pas 2 IC mais plus de IDE, donc ont plus de personnel que la norme

Personnel	Norme CSI type 1	= ou > à la norme	Norme CSI type 2	= ou > à la norme
Gestionnaire communautaire/Percepteur	1	9/9	1	12/12
Manœuvre/gardien	1	8/9	1	12/12

A partir du tableau, l'on peut remarquer que les CSI-type1 ont un personnel conforme aux normes, mais que dans les CSI-type 2 il y avait une insuffisance en MD et sages-femmes. La rotation du personnel était à peu près de 8% en 2011, avec en moyenne moins d'une personne ayant changé de CSI.

Les salaires des agents sont payés par l'Etat, le recouvrement des coûts, les collectivités, et certaines ONG. Il y a beaucoup d'agents contractés par les ONG et les collectivités, et encore plus de bénévoles. Ceci ayant causé les problèmes suivants: le personnel payé par les ONG n'est pas bien intégré et le salaire offert par celles-ci n'est pas du tout stable.

Le salaire net moyen des 21 responsables du CSI (dont 1 MD, 18 IDE et 2 IC) était 137 000 f cfa (entre 50 000-230 000), ce qui équivaut à 281 USD par mois (entre 102-471 USD). Le plus bas étant celui de l'IDE, chef CSI, contractuel de l'Etat. La moyenne que ces derniers ont exprimée vouloir recevoir étant de 114 000 f cfa (entre 25 000- 300 000) ou 234 USD (entre 51-615) de plus par mois pour mieux vivre dans leur district. Ce qui semble intéressant c'est que l'écart important observé entre les salaires réels, ainsi qu'entre les augmentations souhaitées. Pour un programme de FBP, cela signifie que l'effet des primes résumées sera différent, en tenant compte du revenu réel et désiré. Car moins le revenu dont quelqu'un dispose maintenant est important et moins il désire, plus élevé sera l'effet incitateur de la prime offerte.

5.1.4 Case de Santé

La situation des ressources humaines dans le CS est pire que dans le CSI. Sur les 13 visités 10 CS ont seulement 1 seul agent, tandis que les normes stipulent que chaque CS doit avoir 1 IC, 1 agent de Santé Communautaire (ASC), 2 matrones et 1 manœuvre. Sur les 13 agents responsables 12 gagnent 50 000 f cfa et 1 agent gagne 62 000 f cfa par mois; 9 sont payés par la Préfecture, 4 par la Mairie. Nous ne leur avons pas demandé combien ils souhaiteraient gagner pour vivre plus confortablement, mais leur salaire est évidemment très faibles par rapport à leurs collègues du CSI. Cela signifie que toute prime de FBP peut être une motivation très intéressante pour eux.

5.1.5 Programmes de motivation existants

Plusieurs programmes au Niger emploient déjà des méthodes pour motiver les agents à accroître leurs efforts et atteindre les objectifs. Dans le PDS 2011-2015 l'approche est appelée Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Une brève description et quelques exemples sont donnés ci-dessous:

15. En 2006, les programmes financés par le Fonds Mondial (paludisme, la tuberculose, le VIH / sida) ont commencé d'utiliser des primes de motivation. La vérification et le paiement trimestriel des indicateurs intermédiaires sont basés sur des pourcentages cibles. Seuls certains cadres du MSP, de la DRSP et ECD sont inclus dans le programme, et non pas

les niveaux qui offrent directement les services. Dans le programme de lutte contre le paludisme par exemple, ils reçoivent 100 000 f cfa par personne et par trimestre. La vérification est effectuée en comparant les données déclarées du SNIS avec les registres originaux. Lorsque le Fonds Mondial a arrêté les paiements en 2011, la qualité des données a chuté. Il n'est pas évident que le paiement de ces indicateurs (la qualité des données) au niveau du district et au-dessus puisse être lié à la chute de la prévalence de la maladie, car les activités de prévention et de traitement en tant que telles ne sont pas incluses dans le programme de motivation.

16. De plus, le programme de vaccination (PEV) paie des primes, mais apparemment il paie toute l'équipe qui travaille dans la vaccination, mais sans vérifier ce qui a été fait.
17. Le Centre Carter, l'OMS et l'UNICEF financent un programme d'incitation pour éradiquer le Ver de Guinée. Une étude de base a été faite en 1991, lorsque la prévalence était de 33 000 cas. En 2002, lorsque le nombre de cas était déjà en baisse à 248, le programme payait 2500 f cfa pour chaque cas constaté, prime élevée à 5000 f cfa en 2004 et à 20 000 en 2012. Ce montant est versé à la personne qui transfère le patient pour traitement (quand un certain nombre de critères ont été remplis). Le patient reçoit également 20 000 f cfa, comme le fait le relais communautaire dans le village qui sort le ver sur un certain nombre de jours. En 2009, 4 cas sur 5 ont été payés, en 2010 2 cas sur 3 et, depuis lors, aucun cas n'a été signalé. Quand un cas est détecté, la prime de motivation est payée au cours d'une grande cérémonie dans le village. Bien que la contribution du programme de motivation à la quasi-éradication de Ver de Guinée au Niger ne puisse pas être prouvée, il semble avoir été couronné de succès.
18. Le programme tuberculose, à travers la Fondation Damien, octroi une prime de motivation de 40 000 à 60 000 f cfa aux équipes les plus performantes. Les critères d'attribution de la prime sont : la tenue des supports, la qualité de la prise en charge des malades (guérison, satisfaction, etc.), le contrôle de qualité des lames. Un responsable d'un CSI a confirmé : « Nous avons vu qu'avec cette stratégie les équipes produisent de meilleurs résultats ».
19. MSF Belgique octroi une prime de motivation si deux objectifs (à déterminer) sont atteints. Dans le cas des maternités MSF donne 20 000 f cfa de prime aux sages-femmes par mois, dont 50 % fixe et 50 % variable.
20. Dans le District de Matamèye dans la région de Zinder l'ECD/ MCD a signé un contrat de performance avec les CSI pour 1 an. Le contrat contenait 26 indicateurs, parmi lesquels des indicateurs administratifs (SNIS, micro-plan et réunions mensuelles avec PV), les principaux indicateurs maternelle et infantile, les indicateurs d'activité (de nombre de sorties foraine, nombre de supervision par CS). Mis à part que certains aspects de la qualité sont mentionnés. La plupart des objectifs administratifs sont fixés à 100%, et les indicateurs de résultats sont anormalement élevés (taux d'utilisation PF 50% par exemple). Le 3 meilleurs CSI reçoivent une prime de motivation en nature. L'argent de prime vient de la quête et des retenues sur les perdiems des membres de l'équipe élargie. Pour 2011, une évaluation a été faite, mais les résultats ne sont pas encore sortis. Il serait intéressant de savoir quels dénominateurs ont été utilisés pour les indicateurs de résultats, car il n'existe pas d'estimations fiables du nombre d'enfants nés dans chaque aire de Santé (voir aussi 3.1).

21. L'ECD et les CSI reçoivent des perdiems pour les visites de supervision et les CSI aussi pour les sorties foraines et les stratégies avancées. Bien que les perdiems ne sont pas des primes de motivation, dans la pratique elle fonctionne en tant que telle, Voir la section 5.6 sur la supervision pour plus de détails.
22. GAVI a l'intention d'implémenter un programme des primes de motivation dans 14 districts. L'expérience avec l'approche GAR jusqu'à présent n'a pas été évaluée, mais tous les programmes de motivation sauf celui de Matamèye sont consacrés à une pathologie, donnant lieu à un sentiment d'être délaissé pour les agents qui ne travaillent pas pour ces programmes. L'équipe a entendu des plaintes sur le terrain lié au fait que seuls certains agents pouvaient recevoir les primes, ce qui a créé des inégalités et des tensions au sein des équipes.

5.2 Situation financière

5.2.1 Budget de DS

L'équipe a demandé aux MCD des détails au sujet des budgets de santé de district. Chaque DS prépare un Plan d'Action Annuel (PAA), comprenant un budget. La proportion du budget mobilisé sur le budget prévu dans le PAA pour 2011 était en moyenne 61.3 % (entre 35 – 120)¹⁸. La principale raison de cet écart est que les PAA sont adoptés par le Conseil National de Santé très tard. Par exemple, il y a eu des années où l'adoption des PAA par ce Conseil se faisait en Avril. Le temps que les PTF donnent leur OK définitif on peut se retrouver fin Mai. Comme la plupart des PTF arrêtent leurs comptes vers fin novembre, les structures de santé ont, en fait, moins de 6 mois pour exécuter les activités planifiées sur 12 mois. La proportion du budget dépensé sur le budget mobilisé pour 2011 était en moyenne 99.1% (entre 98-100).

L'explication pour le DS avec un budget mobilisé à 120% est que les ONG qui soutiennent le district ont augmenté leur soutien après que le budget ait été préparé. Il est remarquable que tous les DS fussent en mesure de fournir les données financières demandées. Un bon système de reportage financier au niveau du district est favorable à l'introduction du FBP.

5.2.2 Sources de financement

Les districts ont une multitude de sources de financement, allant du gouvernement, aux donateurs, les ONG et RC. Le tableau ci-dessous donne un aperçu des sources, par district, et un pourcentage des dépenses totales.

¹⁸ Ces données sont pour 8 districts, car cette question a été ajoutée après le test à Niamey 2 et Ouallam.

Tableau 5: Sources de financement du DS – 2011 - % des dépenses totales

	Etat	RC	FC	OMS	Unicef	UNFPA	FM	USAID	CTB	ONG	Autres	Total
Mirriah	9	15	8	31	18	8	1			5	5	100
Magaria	18		4	54	8	1	0			9	6	100
Illéla	9	34	1	4						19	33	100
Filingué	5	23		26	15					17	14	100
Dakoro	8	13	24	0	20			4		10		80
Tessaoua	2	8	4	13	17					54	2	100
Tahoua	3	31	9	32						5	10	90
Niamey III	18	24	6	19	7		21		5		1	100
Total	9	18	7	22	11	1	3	1	1	15	9	96

Le pourcentage très faible pour le gouvernement peut être expliqué, car il n'inclut pas les salaires versés à tous les agents dans les districts. Tout de même, cela signifie que le gouvernement, en moyenne, ne paie que 9% de tous les autres coûts. Ces autres coûts sont les financements des activités, y compris les médicaments, vaccins et fournitures, transport, frais de bureau, l'entretien, mais aussi certains équipements et investissements. Comme le montre le tableau ci-dessus, l'OMS est le plus grand bailleur de fonds du système de santé de district dans nos 8 districts. Le RC également contribue de manière substantielle, comme le font les ONG et l'UNICEF. Ce dernier contribue encore plus, parce que l'UNICEF est signataire de la Lettre d'entente du Fonds Commun. Il est clair que le système de santé du district dépend beaucoup du financement externe, ce qui le rend vulnérable. Le pourcentage que le RC contribue aux dépenses des DS varie sensiblement selon le DS: entre 8% et 34%. On peut supposer que ce n'est que le RC qui est vraiment couvert, à l'exclusion du montant facturé au gouvernement pour la gratuité, qui n'est pas remboursé.

L'équipe a demandé des détails sur le RC: le montant qu'ils facturent en moyenne par mois pour la gratuité et le montant en moyenne par mois qu'ils ont effectivement pu récupérer (non-gratuité). De cela l'équipe a calculé le pourcentage du revenu théorique de la gratuité, qui a varié entre 50 et 91%, avec une moyenne de 66%. Il aurait été intéressant de calculer le RC par patient payant, et de voir comment il correspond avec les frais déclarés, mais cela ne pouvait pas être fait, car il n'était pas connu quel pourcentage du nombre de patients estimés par jour ont réellement payé. Au lieu de cela nous avons calculé le RC par jour et le RC par patient. Cela nous permet de comparer le RC par patient avec le pourcentage de gratuité. Plus le pourcentage des patients qui n'ont pas payé est élevé, plus nous pouvons attendre un RC bas par patient.

Lorsque les CSI avec le même pourcentage de patients qui ne paient pas sont comparées, nous avons remarqué des résultats étranges. Des 3 CSI à 67% de gratuité 2 ont la même quantité de RC par patient, mais le troisième a un paiement par patient extrêmement faible. Cela soulève plusieurs questions: est-ce vrai que le CSI reçoit 70 patients par jour, ou est-ce une surestimation? Si cela s'avère vraie alors pourquoi le RC est-il si bas? tous les RC ont-ils été déclarés? Pour les 3 CSI à 57% de gratuité la même situation revient. Les 3 CSI avec 60% de gratuité ont un RC assez semblable par patient. Certaines différences sont explicables car le montant des frais d'utilisation varie d'un CSI à l'autre.

Nous avons également observé trois CSI avec un RC élevé par patient - plus élevé que les frais d'utilisation qu'ils demandent - tandis que les deux CSI qui ont le plus haut RC par patient ont également un pourcentage élevé de gratuité. Ici, il semble que l'information fournie était erronée.

Et enfin, la différence dans le pourcentage des services fournis dans le cadre de la gratuité (50-91%) est trop grande. On ne peut pas expliquer pourquoi, dans un CSI la moitié des patients aurait eu droit à un traitement gratuit, alors que dans un autre 9 patients sur 10 reçus se qualifient pour la gratuité. Cela devrait être examiné d'une façon plus approfondie, en particulier parce que l'équipe a entendu certaines personnes dire que la gratuité est surchargée.

Le fait que ce tableau soulève plus de questions qu'il n'en répond veut dire qu'il est important que ces données soient très soigneusement recueillies et vérifiées pour toutes les FS qui seront incluses dans le programme pilote FBP, avant que le programme ne démarre et chaque trimestre par la suite lors de la vérification.

Tableau 5: Revenu des CSI, partagé par gratuité et non-gratuité et par patient

Localités	Patients / Jour	Gratuité/ Mois – f cfa	Non – Gratuité/ Mois – f cfa	Total/ Mois – f cfa	% gratuité/ total	RC/jour f cfa	RC f cfa/ patient
Bambey	20	250,000	150,000	400,000	63	13,333	667
Baoudéta	30	1,300,000	350,000	1,650,000	79	55,000	1,833
Chical	30	300,000	200,000	500,000	60	16,667	556
Dabré	20	200,000	150,000	350,000	57	11,667	583
Dan Tchio	40	500,000	300,000	800,000	63	26,667	667
Dogo	30	300,000	30,000	330,000	91	11,000	367
Gada	20	300,000	150,000	450,000	67	15,000	750
Gamkallé	50	250,000	200,000	450,000	56	15,000	300
Ichiguine	40	400,000	300,000	700,000	57	23,333	583
Illéla	120	1,600,000	800,000	2,400,000	67	80,000	667
Korahane	39	200,000	150,000	350,000	57	11,667	299
Lamordé2	40	350,000	150,000	500,000	70	16,667	417
Ouallam	70	250,000	150,000	400,000	63	13,333	190
Sabr	30	250,000	100,000	350,000	71	11,667	389
Saguaia	25	400,000	200,000	600,000	67	20,000	800
Sakabal	25	450,000	450,000	900,000	50	30,000	1,200
Toullou	30	350,000	150,000	500,000	70	16,667	556
Wadata	40	500,000	120,000	620,000	81	20,667	517
Yekoua	20	1,000,000	350,000	1,350,000	74	45,000	2,250
Moyen	38	481,579	234,211	715,789	66	23,860	715

5.2.3 Caisse unique ou caisse autonome

L'équipe a trouvé très intéressant de constater que deux systèmes coexistent dans le pays pour la distribution de ressources financières aux FS: caisse unique et caisse autonome. Pour une description de base voir 3.2.3.

L'équipe a demandé aux ECD les avantages et les inconvénients des deux systèmes. Dans le tableau ci-dessous, leurs commentaires sont résumés.

Tableau 6: Avantages et désavantages perçus de la caisse unique et caisse autonome au Niger

	Caisse Unique	Caisse Autonome
POSITIF	<p>Solidarité des CSI forts au CSI à faible recouvrement</p> <p>Meilleure gestion des médicaments</p> <p>Centimes additionnels permettent d'assurer le R/CR</p>	<p>Principe de l'autonomie pour les CSI bon</p> <p>Communauté bien impliquée et peut contrôler les sorties de fonds</p> <p>Meilleure fourniture des médicaments</p>
NEGATIF	<p>facile pour ces CSI à abuser le système et à ne faire aucun effort d'autosuffisance</p>	<p>Risque que les CSI aillent se ravitailler sur le marché illicite</p>

La caisse unique est une bonne chose pour la solidarité et la mutualisation mais elle récompense la contre-performance ce qui est antinomique au FBP. La caisse autonome ressemble étroitement à la situation considérée comme clé pour la réussite d'un programme de FBP, mais plusieurs personnes ont souligné que la caractéristique d'équité de la caisse unique est utile et doit être maintenue.

5.3 Les médicaments

Le secteur santé au Niger utilise un système de commande autonome pour le MEG, ce qui veut dire que la FS doit commander les médicaments dont il a besoin.

Les HD commandent les médicaments mensuellement ou trimestriellement. Chaque département fait une liste, qui est vérifiée par le directeur de l'hôpital, le MCD et les COGES. Elle est ensuite transmise à la pharmacie du district, qui est aussi généralement située dans ou à proximité de l'hôpital, qui à son tour transmet les commandes à ONPPC. La livraison de la commande est généralement faite entre 24 et 48 heures. Les hôpitaux sont autorisés à commander les MEG (et parfois aussi des spécialités) sur le marché privé, lorsque le ONPPC ne peut pas livrer. Les hôpitaux n'ont pas l'habitude des nombreuses ruptures de stock de MEG: seulement 1 hôpital avait un taux de rupture de 6,75%. Les autres n'avaient pas connu des ruptures de stock ou très rarement. La durée des ruptures de stock varie entre 7 et 60 jours et s'intéresse principalement des antibiotiques, mais aussi les fournitures de laboratoire.

La même procédure que pour les hôpitaux est utilisée au niveau des CSI, qui sont dans les districts utilisant la caisse unique: la commande est validée par les

COGES, puis par le MCD, qui transmet l'ordre à la pharmacie du district. Les coûts sont payés par l'ECD, qui gère la caisse unique. Lorsque les MEG sont disponibles, ils sont livrés dans les 2-3 jours. Ces CSI ne peuvent pas acheter des médicaments sur le marché privé, lorsque l'ONPPC ne peut pas livrer. Mais un CSI dans un district ayant la caisse autonome peut commander des médicaments par elle-même à la pharmacie de district ou sur le marché privé après avoir obtenu l'accord des COGES. Ils paient les médicaments de leurs fonds propres, en utilisant les recettes du recouvrement. 5 CSI disent qu'ils n'ont jamais connu de ruptures de stock, 11 une fois ou rarement et les 6 autres plus fréquemment, voir même jusqu'à 8 fois par an. La durée moyenne des ruptures de stock était d'environ 1 semaine, avec une marge allant jusqu'à 1 mois. Le type des médicaments qui n'étaient pas souvent disponibles à tout moment a beaucoup varié entre les CSI et les districts.

Les CS qui travaillent dans un DS avec Caisse Unique sont approvisionnées en médicaments par les CSI ou les DS. Dans les DS avec Caisse Autonome les CS font l'achat des médicaments avec leurs propres fonds (sauf dans la région de Maradi, où les CSI fournissent les médicaments aux CS, qui à leur tour donnent les recettes du RC aux CSI). Seulement 1 sur 13 CS n'avait pas de rupture de stock pendant la visite. Les médicaments en rupture mentionnés par la plupart des CS sont: Zinc, ACT, amoxicilline. Des 6 médicaments traceurs en moyenne 3.7 existaient pendant la visite (entre 0-6).

5.4 Autres contributions

En dehors des ressources humaines et financières les districts reçoivent de nombreux intrants en nature, venant des bailleurs de fonds et des ONG, dont la valeur monétaire n'est pas connue, tels que:

- kits CPN, kits accouchements, kits césarienne, kits PF, kits enfants, nutriments, équipements, MEG, moustiquaires
- construction ou réhabilitation, latrines, panneaux solaires, mini adduction d'eau
- formation, appui technique

La grande échelle mais fragmentée de ce soutien crée des problèmes pour la mise en œuvre d'une phase pilote de FBP :

1. Un des aspects essentiels pour tout programme de FBP est de laisser les FS décider de quels intrants elles ont besoin, en quelles quantités et quand exactement, et de permettre au FS de les acheter elles-mêmes avec l'argent venant par exemple du recouvrement, le budget opérationnel alloué au district ou FC, ainsi que les subventions du FBP. Dans la présente organisation des ONGs ou des bailleurs de fonds, ils fournissent habituellement une contribution en nature avec une quantité donnée, sans une quelconque influence des FS dans le processus, ce qui pourrait facilement résulter à un faible rendement (résultat/coût).
2. Le fait que les apports en nature ne soient pas les mêmes pour toutes les FS dans un district signifie que ce système crée une inégalité entre les FS, avec certaines FS qui pourraient obtenir facilement un score supérieur de qualité dans la phase pilote du FBP parce qu'elles ont eu un

soutien plus grand, ce qui entraînerait plus de subventions, sans réelle performance supérieure. Ce qui ne serait pas juste.

3. Enfin, avec ces dons des intrants, il est difficile d'évaluer si les changements dans l'utilisation ou la qualité des services résultent du programme de FBP ou des intrants fournis.

5.5 Management

Les ECD et les FS devraient procéder régulièrement à des réunions avec leur personnel, qui doivent être enregistrées dans des procès-verbaux. Les ECD dirigent des réunions hebdomadaires. Quant aux FS, comme pour tous les 8 hôpitaux, elles ont pu montrer à l'équipe des Procès-Verbaux (PV), sauf pour 8 sur 21 CSI. Habituellement, les équipes discutent du fonctionnement des services, et en particulier des problèmes rencontrés. Certains ECD et FS pouvaient donner de bons exemples de sujets discutés.

Pour une bonne gestion des organisations, plus spécialement pour les plus complexes, les formations de base sont indispensables. La plupart des membres d'ECD ont déjà été formés à la gestion (financière), la planification, le SNIS et au suivi/évaluation au Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire (CPADS) à Ouallam. Ceux qui n'ont pas encore été formés recevront une formation cette année (2012). Les gestionnaires d'hôpitaux ont également été formés aux CPADS. Aucun des responsables de CSI n'a reçu de formation en gestion.

Dans les districts où il y a un système de caisse autonome toutes les FS ont un compte en banque. Aucune d'entre elles n'a signalé un problème ou difficulté en rapport avec cette utilisation.

Les ECD ont été questionnés s'ils ont connu des problèmes de gestion éventuels, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines. Voici quelques réponses:

- Le départ des ONG(MSF/B et HELP) va créer une grande insuffisance du personnel (2x)
- Affectations à l'intérieur du DS et la mobilité du personnel, surtout féminin, sont difficiles à gérer (5x)
- Respect des horaires de service
- Gestion difficile des permissions et repos du personnel soignant
- L'ECD ne peut faire aucune affectation dans le DS – le gouverneur l'a interdit
- Parmi le personnel il y en a qui ne prennent pas la garde
- Insuffisance du personnel, qui nous oblige à placer comme chef de CSI des IC ou des contractuels dont certains sont vraiment incompetents (2x)
- Indisponibilité des médicaments (en raison des arriérés de gratuité) 2x
- Déprogrammation du niveau central par des missions ou convocation à des réunions et formations intempestives
- Maintenance problématique des équipements
- Insuffisance et retard des crédits délégués de l'Etat

5.6 Supervision

La supervision est importante pour garder les agents au courant des nouveaux développements et pour assurer la qualité des services et l'administration. Dans les programmes de FBP l'assurance qualité des services de soins de santé est essentielle et le plus souvent réalisée par des équivalents des ECD. Pour cette raison, l'équipe a examiné la capacité des ECD à superviser les CSI, mais également sur la supervision faite par le DRSP et le CSI.

5.6.1 Supervision aux différents niveaux

Les ECD sont supervisées par la DRSP deux fois par an. L'équipe de la DRSP visite le district pendant 3 jours, travaille ensemble avec l'ECD puis souvent se joignent avec l'ECD pour une visite de supervision d'un CSI. La DRSP utilise également une méthodologie acceptée, donne des commentaires et des recommandations, dont l'application sera vérifiée lors de la prochaine. La plupart des ECD ont pu donner à l'équipe des exemples sur comment leur façon de travailler a changé grâce à la supervision.

Les ECD ont en moyenne 23 CSI (entre 7-38) à superviser, mais peu de FS confessionnelles ou privées (sauf dans les grandes villes). Chaque CSI est supervisé trimestriellement. La charge de travail est très différente, étant donné le nombre différent de CSI à superviser et le temps nécessaire pour voyager. Les visites de supervision sont effectuées par une équipe de 3-4 personnes, constituées de membres de l'équipe de base et des points focaux. Elle est intense et couvre souvent l'ensemble du PMA, bien que dans certains districts, l'équipe se concentre sur les domaines problématiques, qui comprennent également l'évaluation de l'aptitude, la vérification de la gestion des médicaments et le remplissage des supports SNIS. La moitié des ECD rejoignent la CSI pour les visites de supervision à un ou plusieurs CS. Les ECD supervisent selon une grille, ils donnent des feedback et discutent des recommandations pour améliorer les services. Au cours de la prochaine supervision ils vérifient dans quelle mesure les recommandations de la dernière fois ont été mises en application. Après chaque visite de supervision un rapport est rédigé. L'équipe a demandé à chaque ECD des exemplaires de 2 rapports de supervision et a constaté qu'ils sont bien écrits, et contiennent tous les aspects de la supervision et les recommandations, etc.

L'information ci-dessus a été triangulée en posant des questions similaires à la CSI. La CSI a confirmé l'ensemble de ce qui précède. Ils ont pu donner des exemples de la façon dont cela avait amélioré leur façons de travailler dans des domaines tels que le remplissage des supports (formulaires) SNIS et le meilleur stockage et gestion des médicaments, le dialogue avec certaines ONG qui travaillent en vase clos, le respect de la SPT et une meilleure assimilation du protocole de la PCIME.

La CSI, à son tour supervise le CS une fois le mois. Un CSI supervise en moyenne 3,9 CS (entre 0-10)¹⁹. Sur les 13 CS 11 ont confirmé qu'ils étaient supervisés une fois par mois. L'équipe n'a pas posé de question détaillée sur le contenu de la supervision, feedback, rapports, etc.

¹⁹ 16 CSI ont répondu à cette question, parce qu'elle n'était pas incluse dans les districts pilotes.

5.6.2 Perdiems

Les équipes de supervision de la DS reçoivent un per diem pour chaque visite de supervision. L'argent pour cette activité provient de différentes sources: FC, ONU ou ONG. Les montants sont également différents, mais toujours généreux. Parfois, la même source de financement verse des montants différents dans les différents districts. Par exemple, le FC a payé 10 000 f cfa par personne et par supervision dans 5 districts, mais 5 000 dans un autre district et 3 000 dans un autre district. Le montant le plus élevé a été payé par l'UNICEF / UNFPA: 12 500 dans 2 districts. Les ONG dans notre échantillon de DS ont payé soit 5 000 ou 10 000. Le carburant est financé séparément. Parce que dans la plupart des cas, les perdiems sont facilement 5 fois le montant nécessaire pour manger et boire pendant la visite sur le terrain, ils constituent une bonne motivation pour les membres de l'ECD élargi.

Le CSI reçoit également un per diem pour la supervision des CS. Dans les 12 cas, 5 000 f cfa par CS ou par jour est versée à une seule personne. Les 4 autres CSI ont mentionné des montants différents: 2 500, 5 000, 10 000 et 15 000. Les coûts de carburant (de la moto) sont généralement remboursés séparément.

Comparé à d'autres pays, l'intensité et la qualité de la supervision est remarquable et est probablement due à ces perdiems élevés et à la disponibilité de voitures, de motos et de carburant. Un calcul rapide nous apprend qu'un membre du personnel DS peut gagner 20 000 f cfa (41 USD) supplémentaires par mois²⁰, ce qui représente environ 10% de son revenu net. Un calcul similaire pour le CSI arrive aussi à 20 000 par mois, si seul le chef de CSI est en charge de superviser. Si le travail est réparti entre deux personnes, chacun peut recevoir un supplément de 10 000 f cfa. Si ce montant peut assurer que la supervision soit bien faite par l'ECD et le CSI, le FBP peut également faire une différence sur le terrain.

5.7 Utilisation des services / Charge de travail

Les CS que l'équipe a visité couvrent en moyenne 6.25 villages (entre 2-13) et reçoivent en moyenne 10 (entre 4-15) patients par jour. Les maladies les plus fréquentes sont: paludisme (mentionné 13 fois), IRA (13), diarrhée (12), dermatoses (7) et conjonctivite (7). La plupart des CS ont 1 seul agent, ce qui semble convenable ou assez pour le nombre des patients reçus. Cela signifie également que les normes officielles sont beaucoup trop généreuses pour la charge de travail actuelle²¹. Au moins la moitié des CS fait également des accouchements (compte tenu du fait qu'ils ont un tarif pour cela), ce qui signifie qu'ils font des accouchements assistés par du personnel non-qualifié, car la plupart des CS n'ont pas d'agent qui soit officiellement assez qualifié pour faire des accouchements. Dans la pratique les matrones font des accouchements sous surveillance de la SFDE (parfois même sans surveillance de la SFDE). Les SFDE déclarent un accouchement fait par une matrone comme un accouchement fait par elle.

La population cible par CSI varie de 10 330 habitants à 64 750 et l'éloignement du CSI va de 2 km à 72 km. Les CSI reçoivent environ 40 patients par jour (entre

²⁰ 23 CSI en moyenne; supervision trimestrielle → 7.7 par mois; 3.5 personnels en moyenne par visite et 14 membres → 4 équipes → chaque personne deux fois par mois; en prenant comme hypothèse que le nombre de sorties est réparti équitablement (ce qui n'est probablement pas vrai).

²¹ Par ailleurs des agents se sont plaints de ne pas pouvoir prendre de congés car il n'y avait pas de remplaçant.

20-120). En plus les CSI font des activités en stratégies foraines dans les villages de l'aire de santé, comme la vaccination, le suivi nutritionnel, la CPN, la PF, et la promotion de renforcement des relations avec les relais communautaires. Chaque CSI doit sortir en foraine au moins 4 fois par mois ou 12 fois par trimestre. L'équipe a vérifié les nombres de sorties foraines réalisées au 4ème trimestre 2011. Le résultat pour 15 CSI est très variable, parce que en moyenne ils ont fait 8.2 sorties (entre 0-15). En plus des activités préventives 9 CSI font des accouchements et 7 pratiquent aussi les soins curatifs en foraine. Bien sûr, cela s'ajoute à la charge de travail. Tout de même, il semble que la plupart des CSI également ont un personnel au-dessus du volume de travail effectif.

En moyenne un HD reçoit 40 patients par jour (entre 35-45). Dans la section 5.1.2, la charge de travail du HD a déjà été décrite, la comparant au personnel disponible et au taux d'occupation. Compte tenu des taux d'occupation faibles (44% en moyenne pendant le 4ème trimestre 2011), du faible nombre de patients reçus par jour, on peut déjà prévoir que le personnel n'est pas très occupé.

Dans un programme FBP un excédent du personnel vis-à-vis de l'utilisation peut être un avantage et un inconvénient. Si une FS arrive à augmenter l'utilisation des services (par exemple en baissant les prix, de sorte que plus de gens qui ont besoin de soins peuvent réellement se les permettre) la charge de travail supplémentaire peut être facilement absorbée par le personnel existant. D'une autre part, un excédent du personnel entraînera également que tout bonus du personnel doit être réparti entre plus d'individus que si l'hôpital avait un ratio staff/ lit / patient plus efficace, réduisant par conséquent la prime individuelle de chaque employé.

5.8 Frais d'utilisation et capacité des patients à payer

Dans un programme FBP les frais d'utilisation payés par les patients pour les services constituent une variable importante. Sont-ils abordables? Quel est le pourcentage de la population qui ne peut pas se permettre d'utiliser ces services? La FS a-t-elle le pouvoir de décider des montants à payer par les patients? Et qu'est-ce qui est inclus dans les frais d'utilisation: seuls les coûts de la consultation ou encore des coûts de laboratoire et / ou des médicaments? Par conséquent l'équipe a demandé aux répondants à tous les niveaux de prestation de services quelques questions à ce sujet.

5.8.1 Frais d'utilisation

Le tableau 8 donne un aperçu de ce que les patients doivent payer pour des services qui ne sont pas gratuits. Le prix moyen comprend les montants pour les carnets ainsi que tous centimes additionnels pour l'urgence ou la solidarité.

Tableau 7: Tarifs moyens en f cfa pour les services de santé dans les 10 DS

	Consul-tation	Labo	Médica-ments	Accou-chement	Admis-sion/ Obser-vation	Actes Chirurgi-caux
CS	1 000 (800-1200)	n/a	inclus	1100	n/a	n/a

	Consul-tation	Labo	Médica-ments	Accou-chement	Admis-sion/ Obser-vation	Actes Chirurgi-caux
CSI	1 000 (800-1200)	inclus	inclus	1 085 (1000-1200)	2 300 (1600-3300)	n/a
CSI conf	400	exclus	exclus			n/a
HD	1 340 (500-2500)	In- ou exclus	Inclus?		6 400 (5000 - 10000)	11 30022 (10000 – 12200)

L'on peut remarquer que les frais d'utilisation pour le CS et le CSI sont les mêmes, ce qui est intéressant, parce que la portée et la qualité des services dans un CSI sont plus élevés que dans un CS. Ces honoraires comprennent tous les tests de diagnostic disponibles à ce niveau (CSI seulement) ainsi que des MEG. La différence entre le tarif le plus haut et le plus faible n'est pas très grande. Les deux CSI confessionnels perçoivent des frais beaucoup plus faibles, mais les patients doivent payer les frais de laboratoire et les médicaments en plus. En général, ces frais sont comparables à ceux des pays avec un niveau de développement similaire (par exemple une consultation pour adultes dans le Sud Kivu en RDC était de 2 USD avant l'introduction du PBF). L'accouchement n'est vraiment pas cher: seulement 100 f cfa plus cher qu'une consultation.

Les soins hospitaliers sont d'autre part coûteux, surtout quand quelqu'un doit être hospitalisé. Bien que les prix pour les actes chirurgicaux ne diffèrent pas beaucoup, ceux pour les consultations et les admissions varient considérablement entre les hôpitaux.

5.8.2 Capacité et volonté de payer

Comme mentionné dans la section sur la méthodologie l'équipe a mené des focus groupes pour savoir si la population pense que les frais d'utilisation ci-dessus sont abordables et combien ils sont prêts à payer pour les services de santé. A Niamey 3 et Filingué quatre groupes de discussion ont été organisés avec un total de 54 personnes entre 18 et 70 ans (36 femmes et 18 hommes): 2 groupes avec des femmes seulement, 1 groupe avec seulement des hommes et 1 groupe mixte. L'équipe a également posé quelques questions au sujet de la satisfaction des services.

L'équipe a demandé aux participants combien ils paient pour les services de santé. Les frais d'utilisation qu'ils paient pour les services au CSI sont les mêmes que les prix collectés auprès des CSI eux-mêmes: en moyenne 800 f cfa, y compris la consultation, l'examen et les tests et médicaments et, exclus, le carnet et centimes additionnel. Toutefois, comme on peut le voir dans le tableau 9, les participants de 3 des 4 groupes pensaient que c'était très cher. Ils ont dit que, entre 50-80% de gens ne pouvaient pas payer les frais actuels et tous les groupes pensaient que le tarif devrait être réduit de moitié pour être abordable. Les villageois étaient bien conscients que le CPN, PF et les soins pour les enfants < 5 sont gratuits.

²² 3 hôpitaux ont aussi un tarif pour les petits actes chirurgicaux: en moyenne 5000 f cfa

Tableau 8: Opinion des villageois sur le tarif CSI

	Opinion sur le tarif	Prix abordable en f cfa	% incapables de payer le tarif actuel
Groupe 1	Très cher	500	Nombreux
Groupe 2	Très cher	500	80%
Groupe 3	Très cher	300	80%
Groupe 4	Raisonnable	N'a pas spécifié, mais demande la réduction	50%

Les mêmes questions ont été posées pour les soins hospitaliers. Bien que deux groupes pensent que les prix sont raisonnables, ils ont affirmé que beaucoup de gens ne pouvaient pas se permettre d'utiliser les services hospitaliers, et une réduction d'environ 25% des frais réels des utilisateurs pour une admission a été proposée.

Tableau 9: Opinion des villageois sur le tarif d'hospitalisation HD

	Opinion sur le tarif	Tarif d'hospitalisation proposé	% incapables de payer le tarif actuel
Groupe 1	Très cher	2500	Nombreux
Groupe 2	Très cher	-----	70%
Groupe 3	Raisonnable	1500	nombreux
Groupe 4	Raisonnable	Pas spécifié	ne sait pas

L'équipe a aussi voulu savoir ce que faisaient les gens qui ne pouvaient pas payer lorsqu'ils tombaient malade. Quelques réponses : ils se fient à Dieu, ils empruntent l'argent, ils cherchent l'appui des parents, ils achètent des médicaments chez des vendeurs ambulants (pharmacie par-terre), ils vendent des biens (dépenses catastrophiques, vente de terre), ils consultent un guérisseur traditionnel...

Et en dernier lieu, les groupes ont été questionnés sur s'il y avait des gens qui meurent parce qu'ils ne pouvaient pas payer pour les soins médicaux ou les coûts de transport jusqu'à la CSI / HD. Un groupe a mentionné le cas d'une jeune femme, mais les autres groupes ont expliqué que la solidarité dans le village ou même dans la diaspora avait empêché que cela se passe. Une solution a toujours été trouvée.

5.8.3 Satisfaction des patients

Interrogés sur leur satisfaction à l'égard des services de santé offerts par le CSI, il a été mentionné à plusieurs reprises que l'attitude du personnel devrait être améliorée; ils doivent être plus convivial pour le patient (l'accueil est à améliorer). Également le manque des médicaments et l'amélioration des infrastructures ont été mentionnés. Un groupe a mentionné qu'ils avaient à payer de nouveau quand ils revenaient pour le même épisode de maladie. En général les interrogés ont été satisfaits de la disponibilité 24/7 du personnel. Les différents

groupes ont mentionné des questions différentes, positives et négatives, qui évidemment dépendaient du CSI spécifique de leur région.

L'avis sur les hôpitaux de district était plutôt plus positif. Tous les groupes ont été satisfaits des services. Certains ont mentionné (à la fois pour CSI et HD) que vous recevez un meilleur traitement si vous connaissez quelqu'un qui travaille à la FS.

Le tableau 11 montre une comparaison entre la satisfaction des 4 groupes de services dans le CSI et le HD.

Tableau 10: Comparaison de la satisfaction entre CSI et HD

	DS	Nombre et Sexe	Satisfaction des soins CSI	Satisfaction des soins HD
Groupe 1	Niamey III	10 femmes	Insatisfait	satisfait
Groupe 2	Filingué	22 femmes	Plus ou moins	satisfait
Groupe 3	Filingué	9 Hommes	Satisfait	satisfait
Groupe 4	Filingué	Mixte 9H/3F	Insatisfait	Très satisfait

5.9 Qualité des services

Le questionnaire sur la qualité (enquête qualité) a été utilisé dans 30 FS : 8 HD, 9 CSI de type 1, 10 CSI de type 2, 2 FS confessionnelles, et 1 FS Privée. Les résultats seront présentés pour les 15 indicateurs composés pour chaque niveau des services:

1. Logistiques (services, transport et communication)
2. Indicateurs généraux (plan d'action, PV réunions techniques, fiches R/CR, cuisine HD)
3. Hygiène & Stérilisation (clôture, latrine, incinérateur, fosse à déchets, propreté, stérilisation, boîtes de sécurité etc.)
4. Consultation externe / urgence (tarifs affichés, confidentialité, agent qualifié, équipement fonctionnel)
5. Planification familiale (agent formé en PF, stock de contraceptifs, visualisation des méthodes, capacité de placer un DIU)
6. Laboratoire (disponibilité des équipements et tests, évacuation des déchets)
7. Salle d'hospitalisation (lits, matelas etc. en bon état, conditions d'hygiène, feuilles bien remplies)
8. Pharmacie (local, fiches de stock, PEPS, produits périmés)
9. Médicaments traceurs (stock de sécurité 4 médicaments)
10. Maternité (agent formé, déchets, disponibilité des équipements et matériels)
11. Bloc opératoire (disponibilité des équipements et matériels, salle de vestiaire et de lavage, tenues, stérilisation)
12. VIH/SIDA (agent formé, local, registres, matériel IEC, connaissance)
13. Tuberculose (disponibilité de dépistage et DOTS)
14. Vaccination (chaîne de froid, stock des vaccins, seringues)
15. Consultation prénatale / consultation nourrisson (disponibilité fiches et registres, Crenam/Creni)

Il est important de noter que l'enquête qualité ne vérifie pas l'exactitude des diagnostics et des traitements des patients. Il est axé sur les conditions de travail, nécessaires pour bien faire le travail clinique.

Il y a aussi quelques aspects de la qualité figurant dans les questions posées aux chefs de la FS. Ces questions se rapportaient au PMA / PCA, le R / CR et les heures d'ouverture. Les résultats seront présentés à la fin de la section.

5.9.1 Qualité des HD

Le score de qualité globale pour les 8 hôpitaux des districts est de 82% (intervalle de 72-92%). Tous les hôpitaux ont eu un résultat de 100% sur la logistique. Tous sont équipés d'une ambulance fonctionnelle. Aucune rupture de carburant n'a été notée. Ils disposent de communication fonctionnelle (flotte), d'eau et d'électricité, qui fonctionnent normalement, malgré quelques problèmes. Les scores de 90% ou plus ont également été observés pour les indicateurs généraux, le laboratoire, la disponibilité de diagnostics et de traitement de la tuberculose, et pour CPN / CN. Bien que le score global pour l'hygiène soit aussi bon avec 78%, l'intervalle est grand (50-100%). Deux HD ont des conditions d'hygiène générale déplorables. Pour la qualité de la consultation externe et urgence les 8 HD disposent d'agents qualifiés pour faire la consultation. L'équipement minimum est observé. La tarification est établie mais jamais affichée. Les salles d'examen sont bien isolées mais avec du matériel ancien. Seul un sur 8 HD présente une insuffisance à ce niveau. Mais seulement 4 sur 8 HD peuvent mettre en place un DIU par un personnel qualifié, résultant à un faible score sur la PF. Aussi très faible est le score sur les conditions de la salle d'hospitalisation. Trois HD ont des salles mal équipées et sales. Les locaux sont vétustes. Aucun HD n'a de moustiquaires dans les salles, quand bien même le paludisme est la plus grande pathologie dans le pays. Dans 6 HD les conditions d'hygiène dans les salles d'hospitalisation sont insuffisantes. Le score global élevé de 86% pour la pharmacie dissimule le très faible score d'un hôpital, qui dispose de peu de médicaments en stock et de médicaments périmés sur les étagères. Le même hôpital a un score faible sur la disponibilité des médicaments traceurs (2 des 4 n'étaient pas disponibles). Un hôpital a reçu le score de 50% sur les conditions de la maternité, mais 8 sur 8 n'ont pas de moustiquaires dans les salles de suite de couche, qui ne sont pas très propres. Un HD n'a pas de bloc opératoire (il est fermé pour risque d'écroulement) et un autre a eu un score insuffisant. Les hôpitaux de District n'ont pas encore commencé à distribuer les ARVs, ce qui explique le score inférieur pour l'indicateur connaissance du VIH/SIDA.

En conclusion les HD sont dans l'ensemble suffisamment équipés mais le matériel est déjà amorti et mériterait d'être renouvelé. Le service d'hospitalisation et la chirurgie sont partout les mal lotis.

Tableau 11: Indicateurs qualité HD (scores en %)

Indicateurs	Niamey3	Ouallam	Filingue	Illéla	Dakoro	Tessaoua	Mirriah	Magaria	Moyenne
1 Logistiques	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2 Indic. généraux	75	100	75	75	100	100	100	100	91
3 Hygiène/stérilisation	50	71	50	100	100	85	100	71	78
4 Consultation	87	100	75	100	87	87	87	87	89
5 Planning Familiale	0	100	100	0	100	100	0	0	50
6 Laboratoire	85	92	85	85	100	100	100	71	90
7 Salle d'hospitalisation	66	50	66	83	33	33	66	33	54
8 Pharmacie	62	100	100	87	37	100	100	100	86
9 Médicaments traceurs	100	100	100	75	50	100	100	75	88
10 Maternité	80	60	50	80	70	80	80	80	73
11 Bloc opératoire	50	90	80	100	80	90	0	80	71
12 VIH/SIDA	0	50	0	0	0	0	0	0	6
13 Tuberculose	50	100	100	100	100	100	100	100	94
14 Vaccination	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
15 CPN/CN	100	100	100	33	100	100	100	100	92
Total Global %23	72	92	77	84	82	87	82	79	82

23 Le score de qualité total est le score total d'une FS divisé par le score total possible et ne correspond pas à la moyenne des pourcentages ci-dessus (parce que les dénominateurs des scores composites sont différents).

5.9.2 Qualité des CSI type 2

Le score global de la qualité pour les 10 CSI type 2 est de 67% avec une large variation entre 59 et 81%. Tous les CSI-2 ont eu un score de 100% pour la vaccination. Le seul autre groupe d'indicateur composite, dans laquelle la CSI-2 ont eu un score de plus de 90% est le CPN / CN. La deuxième note la plus élevée est de 88% pour le PF. Cela signifie que les trois plus hauts scores sont pour les services de prévention, ce qui reflète bien la priorité accordée à ces services par le MSP.

Les indicateurs pour les logistiques, le laboratoire, la maternité et la tuberculose sont tous en moyenne insuffisants. Un CSI-2 est sans aucuns moyens logistiques, 5 sur 10 sont sans moto et 3 sont sans eau ni électricité. Avec un score de 36% des installations de laboratoire ont un score très faible avec une très grande variation (0-100%). Pour 9 sur 10 CSI-2 le score est de 50% ou en-dessous, l'autre CSI-2 ayant un score de 100%. Deux CSI-2 n'ont aucune activité de laboratoire et un seul CSI-2 a un microscope. Le faible score moyen en maternité (57%) est due au fait que deux CSI-2 n'ont pas de maternité, même si les deux ont une sage-femme²⁴. Aucun des CSI-2 n'ont de moustiquaire dans les salles de maternité. Avec un score moyen de seulement 25% la tuberculose a le score le plus faible de la qualité dans les CSI-2, parce que 7 des 10 ne dépistent ni traitent la tuberculose.

Les 5 autres groupes d'indicateurs ont des scores qui indiquent un niveau de qualité suffisant, bien que 1 CSI-2 a eu un score de 0% sur les indicateurs généraux. Tandis qu'il ne devrait pas être difficile d'obtenir un score élevé sur l'aspect qualité hygiène, 4 sur 10 notes étaient en-dessous de 60%, un n'a pas une pharmacie et un deuxième a eu un score de seulement 38% pour la pharmacie, et 3 ont un score insuffisant sur le VIH / SIDA (y compris un avec un score de 0%), tandis que 6 sur 10 connaissaient des manques sur les matériels d'IEC pour le VIH / SIDA.

24 L'un d'eux ne pratique pas d'accouchements, parce que le HD est juste à côté, et qu'ils y réfèrent les femmes. Ceci n'est pas cependant une bonne pratique car l'hôpital ne devrait s'occuper que des accouchements compliqués. Pratiquer des accouchements non-compliqués dans un hôpital augmente les coûts de santé inutilement.

Tableau 12: Indicateurs qualité CSI type 2 (scores en %)

Indicateurs	Gam kallé	Wa data	La mordé	Chical	Oual lam	Dogo	Illéla	Koro hane	Yékoua	Baou deta	Moyenne
1 Logistiques	50	25	75	75	50	100	100	0	50	50	58
2 Indicateurs généraux	67	100	0	67	33	67	100	50	67	100	65
3 Hygiène/ Stérilisation	64	71	50	50	79	50	79	86	43	64	64
4 Consultation	75	88	63	67	88	88	75	88	75	88	80
5 Planification Familiale	100	100	67	100	100	100	100	83	67	67	88
6 Laboratoire	100	40	30	50	0	40	40	40	0	20	36
7 Salle d'hospitalisation	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
8 Pharmacie	87	100	38	88	100	0	100	100	75	100	79
9 Médicaments tra- ceurs	100	75	75	75	75	0	75	75	75	75	70
10 Maternité	80	80	60	70	0	70	0	80	70	60	57
11 Bloc opératoire	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
12 VIH / SIDA	67	75	50	83	33	83	75	83	83	0	63
13 Tuberculose	100	0	0	0	50	0	0	0	100	0	25
14 Vaccination	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15 CPN / CN	100	100	100	100	100	60	80	100	100	100	94
Total Global %	81	75	56	73	59	61	70	72	66	61	67

Les deux FS confessionnelles ont été cotées comme CSI-2. Leurs scores totaux étaient de 64% et 75%. Pour les deux, les plus faibles scores sont pour le VIH / SIDA et la Tuberculose. La FS catholique a eu un score plus bas que la FS AMA parce qu'elle ne fait pas le PF et l'accouchement.

5.9.3 Qualité des CSI type 1

Le score global de qualité pour les 9 CSI type-1 est de 63%, avec une large variation entre 46 et 81%. Tous les CSI-1 ont eu un score de 100% sur la vaccination. Le seul autre groupe d'indicateur, dans le quelle les CSI-1 ont eu un score de plus de 90% est le CPN / CN ; la deuxième note la plus élevée étant de 80% pour le PF. Cela signifie que les trois plus hauts scores sont pour les services de prévention, exactement comme il en est pour les CSI-2.

Les 6 aspects de service suivants un score insuffisant: Les logistiques, l'hygiène et stérilisation, le laboratoire, la pharmacie, le VIH / SIDA et la tuberculose. Un CSI-1 a un score de 0% sur la logistique et 4 autres ont un score insuffisant. Sur l'hygiène la moyenne est de 50%, mais seulement 3 CSI-1 sur 9 ont un score suffisant, ce qui est inquiétant, étant donné que l'hygiène est un facteur déterminant de la santé clé. Aucun des CSI-1 ont une fosse à placenta, tandis que la quasi-totalité d'entre eux pratiquent des accouchements²⁵. Cinq sur 9 ne stérilisent pas correctement les instruments (n'ont pas de stérilisateur), 4 sur 9 n'ont pas d'incinérateurs et 3 sur 9 ne sont pas clôturés. Deux CSI-1 n'ont pas d'installations de laboratoire du tout, tandis que 3 autres ont un score de 33% seulement. Avec un score moyen de 46% pour le laboratoire le CSI-1 a eu le score de 10% plus élevé que celui du CSI-2, ce qui est très remarquable. Cependant, comme les CSI-2 la qualité labo varie beaucoup entre les 9 CSI-1 (écart de 0-100%). En ce qui concerne les aspects qualitatifs de la pharmacie (le score moyen de 58%) 4 sur 9 CSI-1 ont eu un score insuffisant. Trois des 9 CSI-1 ne proposent pas de tests du VIH à tous, et 2 autres ont des scores insuffisants sur le VIH / SIDA. Enfin aucun des CSI-1 ne peut tester les patients pour la tuberculose, mais 1 centre fait le suivi du traitement des patients (qui ont apparemment été diagnostiqués ailleurs).

Les 4 autres groupes d'indicateurs ont eu des scores qui indiquent un niveau de qualité suffisant, bien que 2 CSI-1 aient fait un score très faible sur les indicateurs généraux général, 2 autres ont eu des scores insuffisants sur la qualité de la salle de consultation, 1 CSI-1 ne possède qu'un seul des 4 médicaments traçeurs en stock. Les scores pour la maternité sont entre 50 et 75, avec deux CSI-1 sur 9 dont la note est insuffisante.

²⁵ Une explication possible pour l'absence de fosse à placenta est que la culture locale fait que chaque famille emporte le placenta pour l'enterrer chez elle.

Tableau 13: Indicateurs qualité CSI type 1 (scores en %)

Indicateurs	Sagia	Dabré	Ichin guine	Toulou	Bam bey	Sabr	Saka bal	Dan Tchio	Gada	Moyenne
1 Logistiques	100	100	0	75	75	50	25	50	50	58
2 Indicateurs généraux	83	100	67	33	0	100	67	100	100	72
3 Hygiène/Stérilisation	50	29	57	64	50	71	43	64	21	50
4 Consultation	100	75	63	75	50	100	63	88	50	74
5 Planification Familiale	83	100	67	100	83	67	50	100	67	80
6 Laboratoire	83	0	100	67	33	33	33	67	0	46
7 Salle d'hospitalisation	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
8 Pharmacie	25	75	75	50	75	25	88	100	13	58
9 Médicaments traceurs	100	75	100	75	25	75	75	100	75	78
10 Maternité	75	75	50	75	63	75	50	63	63	65
11 Bloc opératoire	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
12 VIH / SIDA	67	0	33	67	50	0	0	83	83	43
13 Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0	50	0	6
14 Vaccination	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15 CPN / CN	100	100	100	100	80	100	40	100	100	91
Total Global %	74	61	61	70	56	61	46	81	56	63

5.9.4 Scores récapitulatifs de qualité des HD et CSI

Cette enquête qualité des formations sanitaires a montré que les HD, le niveau intermédiaire du système sanitaire nigérien, ont un niveau fonctionnel très acceptable et que les CSI 1 et 2 du niveau périphérique sont dans une situation matérielle plus difficile. Il est intéressant de constater que la moyenne des scores pour les indicateurs généraux, le laboratoire, les médicaments traceurs et maternité sont plus élevés pour le CSI-1 que pour les CSI-2.

Les faibles scores pour certains indicateurs composites et au sein de ceux-ci d'indicateurs spécifiques sera un bon point de départ pour décider quels indicateurs de qualité pourront être pris en compte pour le programme de FBP pour les HD et les CSI.

Tableau 14: Scores récapitulatifs qualité HD et CSI par indicateur

Indicateurs	HD	CSI 2	CSI 1
1 Logistiques	100	58	58
2 Indicateurs Généraux	91	65	72
3 Hygiène et Stérilisation	78	64	50
4 Consultation Externe/urgence	89	80	74
5 Planification Familiale	50	88	80
6 Laboratoire	90	36	46
7 Salle d'hospitalisation	54	N/A	N/A
8 Pharmacie	86	79	58
9 Médicaments traceurs	88	70	78
10 Maternité	73	57	65
11 Bloc opératoire	71	N/A	N/A
12 VIH / SIDA	6	63	43
13 Tuberculose	94	25	6
14 Vaccination	N/A	100	100
15 CPN / CN	92	94	91
Total Global %	82	67	63

Une semblable enquête qualité n'a pas été faite pour les CS, mais les locaux ont été brièvement visités. La plupart des CS sont en mauvaise état, et dans le dé-

nument. Il manque beaucoup de choses : table d'examen, table d'accouchement, divers instruments, petits équipements; souvent il n'y a pas de latrines, de fourniture d'électricité et d'eau. Mais les responsables font tout pour garder les lieux propres et sont de bonne volonté.

5.9.5 PMA/PCA

Sans aucune exception tous les CSI (publiques, privée et confessionnelles) disent qu'ils offrent l'ensemble du PMA. Cependant, à partir du questionnaire de qualité ci-dessus il est clair que cela n'est pas vrai. Par exemple un grand nombre de CSI ne font pas le dépistage de la tuberculose, alors qu'il est bien clair que ceci fait partie du PMA. Quatre CSI ne font pas des tests VIH. Les services de laboratoire qui sont offerts sont très en deçà des normes pour le PMA.

Deux des 8 HD ont dit qu'ils ne peuvent pas offrir la totalité du PCA: un, parce que le bloc opératoire n'est pas fonctionnel, l'autre parce qu'ils n'ont pas de radiologie.

5.9.6 Référence & Contre référence

Parmi les 22 CSI visités (y compris les deux confessionnelles et la FS privée) 20 disent qu'ils ont un système de R / CR. Ils transfèrent les patients vers le HD, en utilisant une fiche scindée en deux parties, une fiche à souche, le carnet du patient, ou même une feuille ordinaire. Mais parmi les 20 qui utilisent le système de référence, 14 se plaignaient de ne pas récupérer la fiche (la fiche ne revient pas), ceci veut dire que le guichet de transfert des hôpitaux n'est pas toujours fonctionnel. Certains ont également mentionnés que le stock de fiches de R / CR était épuisé. L'équipe du consultant ne s'est pas penchée sur comment le CSI fait une CR au CS, alors que ce dernier transfère aussi des patients au CSI.

Au niveau de l'hôpital la situation était similaire. Tous les HD utilisent un système de référence mais 6 ont mentionné avoir un problème avec la CR.

Apparemment le système de référence parvient à éviter les patients non référés, ce qui n'est pas très fréquent et quand cela arrive la plupart des hôpitaux demandent des frais supplémentaires pour la consultation que lorsque le patient vient avec un billet de transfert.

Plusieurs personnes interrogées ont mentionnés que les patients ne sont pas toujours référés au niveau suivant officiel. Les CS réfèrent aux CSI et les CSI à l'HD ou même à l'hôpital régional géographiquement le plus accessible.

5.9.7 Heures d'ouverture des FS

Les CSI et les hôpitaux ont des heures d'ouverture variées. Par heures d'ouverture, on sous-entend les heures où tout le personnel est présent et que le PMA complet est offert. Le CSI avec les plus longues heures d'ouverture est ouvert de 07.30 à 18.30 heures et les deux avec les heures d'ouverture les plus courtes offrent des services de 08.00 - 14.00 heures. Le CSI moyen est ouvert pendant 8 heures et 10 minutes (entre 6-11). Cependant, tous les CSI, sauf l'un des confessionnels, sont disponibles pour les services curatifs d'urgence et d'accouchement 24/7.

Les HD montrent également un tableau variable des heures d'ouverture. Pour les consultations tous les 8 hôpitaux ouvrent à 08.00 heures, mais l'heure de fermeture varie de 12:30 à 20:00, ce qui signifie que l'un des HD est ouvert uniquement pendant 4,5 heures, tandis qu'un autre est ouvert pendant 12 heures.

5.10 SNIS

Les résultats pour le contrôle de qualité dans le SNIS sont présentés ci-dessous pour les trois différents niveaux de services, ainsi que pour l'ECD. Pour chaque résultat, un résumé des réponses au questionnaire va être donné, ainsi que le résultat de la vérification des indicateurs choisis. Les SNIS a été évaluée dans 11 CS, 21 CSI, 8 HD et 10 ECD.

5.10.1 Résultats de l'enquête pour SNIS CS

Au niveau des CS l'équipe n'a pas demandé des questions sur le SNIS, mais ont été vérifiés les indicateurs suivants pour le mois de décembre 2011:

- Nombre nouvelles et anciennes acceptrices de la contraception moderne
- Nombre des femmes qui ont fait au moins une visite CPN
- Nombre d'accouchements assistés, réalisés par un personnel qualifié

En moyenne les 11 CS ont enregistré 10 (entre 0-41) nouvelles et anciennes adeptes pour la PF. Quatre CS ne pratiquent pas de la PF, par manque des produits contraceptifs; les CS ne sont pas servis en contraceptifs par les CSI. Un autre point faible est la non-disponibilité des registres dans 60% des CS. Le point fort est une cohérence parfaite entre les données qui sont dans le cahier / registre et le rapport mensuel de la CS (écart 0).

Le nombre des femmes qui ont fait au moins une visite CPN au CS est en moyenne 6 (entre 0-22).Trois CS n'ont enregistré aucune femme pour la CPN du fait qu'ils la réalisent uniquement pendant la foraine organisée par le CSI et le nombre est pris en compte dans le rapport du CSI. Pour cet indicateur la cohérence de données entre le cahier/registre et le rapport est aussi parfaite (écart 0).

Les accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié en décembre 2011 est en moyenne 3 (entre 0-10). Il y a la cohérence de données entre le cahier / registre et le rapport (écart 0). Quatre CS sur 11 n'ont fait aucun accouchement en décembre 2011.L'effectif des femmes qui accouchent dans le CS est faible, ce qui pourrait être due à l'absence de personnel féminin dans environ la moitié des CS. Cependant, la question est de savoir si le CS peut garantir la qualité. Comme mentionné plus haut (voir 5.7) dans la plupart des CS il n'y a pas de personnel qualifié pour faire des accouchements, de sorte que les accouchements qui y sont enregistrés comme assistés, sont la plupart du temps pratiqués par du personnel pas vraiment qualifié ce qui n'est pas admissible en tant que tel. Les femmes ne devraient être encouragées à accoucher dans un CS, que s'il peut être prouvé qu'il est plus sûr de le faire que d'accoucher à domicile (avec l'aide d'une matrone par exemple). D'un autre côté les IC qui sont dans les CS peuvent assister convenablement un accouchement naturel non compliqué et il serait peut-être plus facile d'organiser le transport de la patiente à l'hôpital si nécessaire. Les rapports du SNIS dans le CS sont fiables, au moins pour les 3 indicateurs que l'équipe a vérifiés. Cela peut être dû au fait que dans la plupart des CS il y a un seul agent, alors l'agent qui voit le patient doit également remplir les formulaires. Le petit nombre de patients reçus par jour dans le CS explique aussi des erreurs y soient moins probables.

5.10.2 Résultats de l'enquête pour SNIS CSI

On a vérifié si les données et les indicateurs sont correctement calculés. Dans 15 CSI sur 21 on note un problème de discordance de données. Toutes les données (CPN, PF, Penta 3, accouchement assistés) sont mal calculées. Sur 21 CSI seul 3 calculent bien les indicateurs, dans 10 CSI le calcul des indicateurs n'est pas périodique : soit le rapport ou tableau de bord n'est pas rédigé, soit il est introuvable lors de notre passage, et dans 8 CSI les indicateurs sont mal calculés. Les explications suivantes ont été apportées pour expliquer cet état des faits:

- Problèmes de collecte de donnée et de compilation par le major
- Erreurs d'inattention
- Surcharge de travail (CSI avec un seul agent)
- Agents non motivés
- Insuffisance en formation pour le remplissage des supports SNIS
- Multiplicité des supports à remplir (SNIS, ONG et programmes verticaux)
- Problème d'organisation, archivage et conservation des documents²⁶

Les Chefs CSI ont rapporté qu'il y a une multitude de supports (formulaires) à remplir et ce qui prend de 3 à 10 jours. Les préconditions pour un système de SNIS fonctionnant correctement semblent être en place : les supports sont disponibles en quantité suffisante au niveau de 20 CSI ; 14 sur 21 ont flotte ou radio BLU comme moyen de communication; ils sont supervisés trimestriellement par l'ECD, qui donne son feedback après transmission des données pour corriger les erreurs, identifiées au niveau du district. Sur les 21 CSI, un seul n'est pas prompt pour la transmission des données au niveau de DS. La raison avancée: manque de moyen de déplacement.

L'équipe a vérifié s'il y a des écarts entre les registres et les supports SNIS pour 7 indicateurs.

Les résultats peuvent être visualisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15: Nombre des CSI avec des écarts dans les indicateurs SNIS

Indicateurs	Nombre de CSI avec non-disponibilité de rapport	Nombre de CSI avec écart 0	Nombre de CSI avec écart > 0	Observation en cas d'écart > 0		N A
				Rapport	Registre	
Nombre d'enfants ayant reçus Penta 3 avant 12 mois	5	15	1	95	57	
Nombre d'enfants dé-pistés malnutris et récupérés	7	12	1	0	5	1
Nombre des	10	10	1	436	290	

²⁶ En général l'équipe a noté que la majorité des FS ont un sérieux problème d'organisation ce qui explique un bon nombre d'égarement des documents.

Indicateurs	Nombre de CSI avec non-disponibilité de rapport	Nombre de CSI avec écart 0	Nombre de CSI avec écart > 0	Observation en cas d'écart > 0		N A
femmes qui ont fait au moins une visite CPN						
Nombre d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié	6	10	3	51	41	1
				41	45	
				78	31	
Nombre des IST traités	21					
Nombre de femmes enceintes dépistées VIH	1	17				3

Le tableau 16 montre que, bien qu'il existe quelques écarts, la quasi-totalité des CSI transfèrent correctement les données des registres vers les rapports SNIS. Le principal problème réside dans la somme erronée de nombreux indicateurs dans les registres et la non-disponibilité des rapports du SNIS.

5.10.3 Résultats de l'enquête pour SNIS HD

Dans les 8 hôpitaux le major général ou les majors des unités de soins s'occupent de remplissage de fiches de collecte de données et de la transmission de données avec l'appui de l'épidémiologiste d'ECD. Tous les registres sont à jour et correctement remplis. Les données (par exemple la durée de séjour et les cas référés) et les indicateurs (par exemple le taux d'occupation, taux de rupture de stock, taux de décès) sont correctement calculés.

Les supports de collecte de données sont présents en quantité suffisante. Les hôpitaux sont supervisés par l'ECD une ou deux fois par trimestre. Sept sur 8 transmettent les données à temps.

Dans les 8 hôpitaux, 5 indicateurs ont été vérifiés pendant le 4^e trimestre de 2011 :

1. Nombre de décès intra hospitalier d'enfants < 5 ans dans les 24 premières heures après l'admission
2. Nombre de molécules du panier retenu ayant connu une rupture
3. Nombre de césariennes réalisées
4. Nombre des adultes et enfants atteints du SIDA à un stade avancé sous antirétroviraux
5. Nombre des enfants malnutris dépistés et récupérés

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, dans de nombreux cas les registres ou les rapports SNIS n'étaient pas disponibles, de sorte que la fiabilité des données n'a pas pu être vérifiée. Cependant, là où ils étaient disponibles, l'étude n'a pas trouvé d'écart, ce qui est encourageant.

Tableau 16: Indicateurs inclus dans l'enquête SNIS pour le HD

HD	Décès enfants < 5 ans		Rupture molécules du panier		Césariennes réalisées		Infection VIH sous antirétroviraux		Enfants malnutris dépistés et récupérés	
	registre	rapport	registre	rapport	registre	rapport	registre	rapport	registre	rapport
HD 1	3	3	0	ND ²⁷	NA		0	0	529	529
HD 2	15	15	0	ND	9	9	NA		602	602
HD 3	0	ND	0	ND	3	3	4	ND	162	162
HD 4	6	ND	0	ND	6	6	2	2	6	ND
HD 5	0	0	0	ND	9	9	NA	NA	85	85
HD 6	4	ND	0	ND	11	11	NA	NA	126	ND
HD 7	5	ND	0	ND	25	25	NA	NA	802	802
HD 8	3	ND	0	ND	26	26	0	0		

²⁷ND=non-disponible

5.10.4 Résultats de l'enquête pour SNIS ECD

Les questions posées par l'équipe à l'ECD sur les SNIS ont été en partie axée sur la triangulation de l'information reçue de FS, et en partie sur leurs propres responsabilités pour superviser les SNIS dans la FS et de transmettre les données à la DRSP.

Selon les ECD en moyenne sur les 10 DS 54% des supports SNIS des FS sont remplis correctement. Il varie de 13% à 80%. Au total 112 sur 245 CSI ne répondent pas bien. Parmi eux, il y a 55 structures qui font toujours des erreurs. Les raisons selon les ECD sont:

- Erreurs d'inattention
- La majorité des agents sont formés en remplissage des supports, mais ils font des calculs à la main, qui les conduisent à l'erreur, par exemple au niveau des totaux
- La rédaction par un agent de santé commutateur si le major est surchargé
- Rapport rédigé sous pression (précipitation)
- Insuffisance d'agent et surcharge de travail
- Insuffisance de formation pour certains et mobilité des agents formés
- Problème de concordance de données entre les différents supports

Malgré le grand nombre de CSI qui ont des problèmes de remplissage des rapports SNIS, l'ECD dit que tous les indicateurs, y inclus les indicateurs de suivi du PDS 2011-2015, sont clairs pour les chefs CSI. L'équipe pense que le problème pourrait résider dans le fait que le chef du CSI peine à remplir les formulaires lui / elle-même, et probablement ne vérifie pas non plus si les rapports sont correctement remplis. Il n'y a pas d'incitations positives ou négatives pour faire un bon ou un mauvais travail, en dehors de la prime de motivation que certains programmes verticaux donnent pour les données correctement fournis.

Toutes les ECD possèdent au moins un ordinateur, mais l'équipe en a recensé deux qui ne fonctionnent pas bien. Quatre sur 10 ont une connexion Internet, 6 sur 10 utilisent la clé internet. Il existe des ruptures de connexion Internet dans toutes les ECD, mais dans ce cas, ils se déplacent avec l'information dans la clé USB pour transmettre les données au niveau de la DRSP. Il y a toujours un feedback par la DRSP, soit pour confirmer la réception du rapport soit pour corriger les erreurs identifiées. Le taux de promptitude pour le 4ème trimestre de l'année 2011 varie de 51 à 100 %, mais le taux de complétude est 100% dans les 10 districts sanitaires.

Sept ECD sont supervisés par la DRSP 2 fois par an et un ECD 1 fois par an. Toutes les ECD trouvent cette supervision formative – elle permet de corriger les insuffisances et de mieux faire la surveillance.

En général, les points à améliorer dans les 10 ECD mentionnés sont très similaires à ceux des CSI mentionnés:

- Insuffisance dans la collecte et la compilation des données au niveau des CSI
- Problème de promptitude
- Insuffisance dans le remplissage de supports SNIS
- Problème d'archivage des données
- Discordance de données
- Mobilité des agents formés
- Insuffisance de moyens de communication au niveau des CSI

- Insuffisance de moyen déplacement pour certains CSI
- Pas de ligne internet à haut débit
- Problème avec le logiciel SNIS (souvent nous avons de difficultés pour ouvrir le fichier)
- Matériels informatiques vétustes souvent non sécurisés

L'équipe a également vérifié 6 indicateurs:

- Taux de couverture en Penta 3
- Taux d'utilisation de la PF
- Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié
- Taux de succès thérapeutique (guérison) de la Tuberculose
- Taux de césariennes
- % de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile)

Sur les 10 districts, concernant les 6 indicateurs il y a un DS qui a un problème de discordance des données dans les différents supports et le rapport trimestriel. Pour le taux de couverture en Penta 3 et le taux d'utilisation de la PF on a trouvé des écarts dans les numérateurs: dans les différents supports SNIS nous avons eu comme numérateur 1074 au lieu de 941 pour le Penta 3 (écart de 133), et 5760 au lieu de 5289 pour la PF (écart de 471). Comme raison pour ces grands écarts on a expliqué que c'est une erreur de saisie et rejet des informations par le logiciel.

En conclusion on peut dire qu'au niveau du CS, le SNIS ne pose pas problèmes et semble être fiable. De plus, les hôpitaux semblent avoir des données fiables, mais le problème est que beaucoup des données n'ont pas pu être vérifiées, car les rapports ou les registres n'étaient pas disponibles pour l'équipe. Le gros problème avec le CSI est que beaucoup de données brutes ne sont pas correctement comptées, conduisant à des informations peu fiables qui sont utilisé pour la planification par le CSI lui-même et par les niveaux supérieurs. Bien que l'ECD semble être bien conscient des problèmes et supervise la CSI régulièrement, on se demande pourquoi elle n'a pas amélioré la fiabilité du SNIS à ce niveau clé de service.

5.11 Formation

Afin de faire fonctionner un programme de FBP correctement, il est important que toutes les parties prenantes comprennent les concepts de FBP en général et leur propre rôle et responsabilités en détail. Plusieurs modules de formation devront être mis au point et de nombreuses personnes devront être formées.

Bien que l'étude ne prévoie pas une évaluation détaillée des capacités de formation, l'équipe a néanmoins brièvement étudié les instituts de formation présents et comment ils pourraient être utilisés pour le programme FBP.

Le Niger dispose d'un Institut de Santé Publique (ISP) qui offre des cours de maîtrise et plusieurs cours de courte durée. La tutelle est assurée par le MSP, mais les programmes et les diplômes sont validés par le MSP et le ministère de l'Enseignement Supérieur.

Spécialement pour la formation des membres de l'ECD il y a un institut de formation à Ouallam: le CPADS. Seulement 14 étudiants peuvent y être formés à la fois, mais l'institut a de l'expérience dans l'organisation de formations en gestion. En outre, le Directeur a fait le cours de 2 semaines sur le FBP, et il est intéressé à l'idée d'organiser des sessions de formation sur le FBP. Selon la CTB, qui soutient le CPADS, la compétence du centre est bonne – il parvient à transférer

les connaissances et les compétences. Il serait bien placé pour organiser la formation FBP pour les équipes d'ECD sur leur rôle dans un programme de FBP à venir.

Il y a plus de 18 écoles de soins infirmiers (à la fois publiques et privées) dans les grandes villes à travers le pays. L'équipe ne sait pas si elles ont une expérience dans l'organisation formation de courte durée. En général, leur capacité laisse à désirer (selon l'UNFPA).

La DRSP est impliqué dans la formation continue des cadres des FS, à la fois recyclage et l'introduction de réformes ou de nouveaux protocoles, de sorte qu'ils ont une expérience de la formation de courte durée. La DRSP dispose de plus de salles de formations dans ses bureaux. L'expertise du personnel DRSP est considérée comme positive, ce qui les rend bons candidats pour organiser la formation en FBP du personnel des FS. Ils doivent évidemment être eux-mêmes formés à l'avance, par exemple par le CPADS.

En dehors de ces organismes de formation officiels il y a une bonne capacité sur les principes du FBP au sein du MSP, dans le Comité de Pilotage en général, mais en particulier dans le Comité Technique FBP. En 2010, Jean Perrot de l'OMS est venu pour faire un atelier sur le FBP pour 50-60 personnes, principalement des employés du MSP. Environ 10-12 personnes ont fait le cours de 2 semaines sur le FBP organisé par SINA/Cordaid et certains ont participé à des réunions de la Communauté de Pratique pour le PBF. Avec une formation supplémentaire ToT (formation de formateurs) les membres de ce groupe pourraient devenir des formateurs, renforçant les capacités du CPADS et du DRSP.

5.12 Coopération avec la communauté

La participation communautaire et la prise de décision conjointe sont des aspects importants d'un programme de FBP. Au Niger, le MSP a déjà rendu obligatoire pour chaque DS d'avoir un COSAN, pour chaque CSI d'avoir un COSAN et un COGES, et pour chaque CS d'avoir un COGES. Dans les normes et standards 2007 il n'y a aucune mention d'une exigence similaire pour le HD.

Tous les 13 CS visités ont en effet un COGES fonctionnel, dont 11 se réunissent chaque mois. Parmi les 21 CSI publics et confessionnels, 3 ne disposent pas d'un COGES et 1 avait seulement un Président. Sur les 16 CSI qui ont répondu à la question sur la fréquence des réunions des COGES, 6 disent que les COGES se réunissent mensuellement, 3 régulièrement, 6 irrégulièrement, tandis que 1 COGES se réunit toutes les deux semaines. Afin d'avoir une idée sur la capacité des membres des COGES à vraiment représenter la communauté et à influencer la gestion des FS, l'équipe a demandé quelles étaient leurs professions. Les réponses reflètent une bonne représentation de la population:

- cultivateurs (mentionné 29 fois)
- fonctionnaires / enseignants, certains déjà retraités (6 fois)
- hommes d'affaires (4 fois)
- agents/travailleurs de la santé (5 fois)
- étudiants (2 fois)
- femmes au foyer (1 fois)

Bien que la question n'ait pas été spécifiquement posée, il semble que la plupart d'entre eux sont des hommes.

L'équipe a également demandé quelle était la valeur ajoutée d'avoir un COGES. La réponse la plus fréquemment donnée (12 fois), c'est qu'un COGES facilite les relations avec la communauté, c'est à dire qu'il facilite la sensibilisation et la mobilisation de la communauté. Un CSI a indiqué que les COGES pouvaient servir de médiateurs quand il y avait un conflit entre un membre du personnel et un patient. Ces réponses sont décevantes, parce que personne ne mentionne que les COGES ont amélioré leur capacité à gérer la FS ou qu'il avait fait la structure de la FS plus consciente des besoins et des souhaits des patients. Cette observation semble être en ligne avec les remarques faites à propos du fait que les membres des COGES font régulièrement des tâches dans la FS ou pendant la foraine et les journées nationales de vaccination. Certains répondants ont remis en question leur indépendance et pensent qu'ils fonctionnaient comme un bras tendu de la FS dans la communauté, tout en n'étant pas vraiment des représentants de la population.

Le fait que les COGES doivent donner leur accord sur les commandes de médicaments à la pharmacie et qu'ils soient présents lorsque les recommandations de la supervision sont discutées, signifie que, en principe, leur importance a déjà été établie. Toutefois, au cours des préparatifs du projet pilote FBP, il serait recommandable de suivre de près les rôles des COGES et d'essayer d'améliorer leur fonctionnement.

Dans de nombreux programmes de FBP dans d'autres pays, la vérification communautaire se fait par l'intermédiaire de petites ONG locales (associations locales - ASLO), qui sont contractés pour faire des enquêtes dans les communautés. L'équipe a demandé si ce genre d'ASLO existe également au Niger. Parmi les 22 chefs CSI et les personnes interrogées dans les 8 HD, 19 ont confirmé qu'il existe de telles organisations et certains pouvaient les nommer, 6 ont dit non, et 5 ne savent pas, ou la question n'a pas été demandée (pendant la phase pilote). L'équipe conclut qu'il existe assez d'ASLO pour les inclure dans le programme pilote.

5.13 FBP

Alors que tous les répondants à nos questions dans les districts connaissent les GAR, 4 sur 10 MCD, 3 sur 5 personnes interrogées dans les HD, et seulement 2 sur 22 chefs CSI ont entendu parler du FBP. Après quelques explications, les répondants pensent que le FBP est une bonne idée:

- il va déclencher une saine concurrence entre les FS
 - il peut motiver les agents
 - il peut stimuler nos indicateurs
 - il aidera à mettre l'accent sur les résultats.
-
- Les défis sont également mentionnés:
 - l'équité pourrait en souffrir
 - tout le monde a besoin d'être sensibilisés et formés
 - un suivi rigoureux est nécessaire pour prévenir la corruption
 - la pérennisation doit être garantie

5.14 Les rôles des partenaires techniques et financiers (PTF)

Comme mentionné ci-dessus dans la section 3.2.7, le MSP a de nombreux partenaires au développement, les donateurs et les ONG (internationales et locales). Un échantillon sélectionné d'entre eux a été visité pour discuter de leur connaissance et opinion sur le FBP comme approche pour améliorer les services de santé au Niger. Parce qu'il y a un tel nombre d'ONG actives dans le secteur de la santé, nous avons visité 9 ONG qui œuvrent dans les 10 districts et une à Niamey, afin d'évaluer leur contribution et le type de soutien qu'elles apportent.

5.14.1 Les ONGs

Les ONG suivantes ont été visitées:

- 3 ONG locales: Goulbi à Tessaoua ; Befen à Mirriah; Anadep à Magaria
- 7 ONG internationales: Save the Children à Magaria; World Vision à Niamey III; MSF Belgique à Dakoro ; Médecin du Monde à Illéla ; Concern World Wide à Tahoua ; Mercy Corps à Filingué et le siège de HELP à Niamey.

Leur principale contribution au secteur de la santé est axée sur la lutte contre la malnutrition, l'appui dans les soins de santé primaires et les services d'urgences.

La plupart des ONG ciblent les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les familles les plus vulnérables. Quelques ne travaillent qu'avec la moitié des CSI dans un district, d'autres travaillent dans plusieurs régions. Les ONG offrent différents types de soutien aux districts dans lesquels elles travaillent, allant d'employer du personnel supplémentaire pour travailler dans la FS, la formation, à la fourniture d'un large éventail d'intrants (MEG, les tests, kits, accouchements, des suppléments alimentaires, des équipements, et mêmes des voitures). Certains réhabilitent les infrastructures (panneaux solaires, matelas, incinérateurs, etc.), d'autres remboursent des FS pour la gratuité des services ou fournissent des primes de motivation ou sont impliqués dans l'éducation pour la santé.

Toutes les ONG mentionnent qu'elles collaborent avec le MSP et ses structures décentralisées. Les autres partenaires mentionnés sont les suivants: les autorités administratives de l'Etat, des Chefs des villages, les COGES, les relais communautaires, les autres ONG, les hommes d'affaires locaux et les bailleurs. Six sur 10 responsables d'ONG n'ont jamais entendu parler du FBP, mais la moitié donne des primes pour la performance. Après quelques explications sur le FBP, ils pensent que c'est une bonne stratégie et tous sont intéressés à participer au futur programme FBP.

Les ONG ont mentionné plusieurs problèmes qu'ils rencontrent, qui sont pertinents pour un programme de FBP:

- Difficulté dans la collecte des données au niveau des CSI
- Mauvaise gestion de la FS
- Conflits entre prestataires et membre des COGES
- Personnel fictif dans les CSI
- Dons détournés surtout en cas de pénurie des médicaments au CSI
- Problème à faire le choix des villages et des familles bénéficiaires les plus démunis, les plus éloignés

- Les membres du COGES veulent avoir des salaires et des primes
- Accessibilité de certaines régions en saison de pluie

En conclusion on peut dire que la contribution des ONG est positive et très importante pour les FS, mais crée des défis pour un programme FBP. L'appui est fragmentée, sporadique ou irrégulier, gênant une bonne planification et gestion. La plupart travaillent à petite échelle et ne serve pas tous les CSI dans un district de la même manière, résultant en inégalités entre les CSI. Cela anticipe des problèmes d'évaluation et comparaison dans un programme FBP. Ceux qui recevront l'appui externe seront plus équipés et recevront plus de bonus (qualité) sans le mériter. Les intrants n'encouragent pas l'autonomie de gestion et donnent une fausse impression de compétence. Ils n'ont pas de stratégie de pérennité.

5.14.2 Les bailleurs et autres parties prenantes

Les organisations suivantes ont été visitées par le chef d'équipe (suggérés par le MSP comme leurs partenaires les plus importants): L'UNICEF, l'UNFPA et l'OMS, La Coopération Espagnole et la CTB.

L'équipe a également contacté trois personnes de l'AFD, mais n'a reçu aucune réponse.

Parce que le programme pilote du FBP sera financé sur le crédit BM pour le deuxième Projet d'appui au VIH / SIDA il est important d'évaluer l'opinion des organisations impliquées dans la lutte contre le VIH / SIDA. Le chef d'équipe a parlé aux organisations suivantes:

- Représentants de la Banque Mondiale à Washington et Nairobi
- ONUSIDA
- CISLS

Sans aucune exception tous les partenaires interrogés étaient favorables à l'introduction de FBP au Niger. Ils considèrent que :

- c'est une occasion pour améliorer les services
- une bonne initiative pour accroître la motivation des travailleurs de la santé
- une stratégie très concrète pour améliorer les installations de santé
- un programme qui pourrait être bénéfique si l'on paie pour des performances de qualité
- il pourrait rendre le pays plus crédibles vis-à-vis du Fond mondial

Les défis mentionnés se rapportent à

- l'absence de fiabilité du SNIS
- l'absence des systèmes de contrôle
- des questions de pérennisation
- Le besoin de sensibilisation sur le FBP
- Le besoin de la formation sur la planification et la gestion.

L'OMS a indiqué que le programme devrait être en ligne avec la Stratégie Nationale de contractualisation (SNC), finalisé en Janvier 2009.

Pour la Banque Mondiale, l'accent devrait être mis sur la prévention du VIH, en particulier sur le traitement des IST et le dépistage du VIH chez les professionnels de sexe (PS) et leurs clients. Cela pourrait être combiné avec le programme se focalisant sur la demande déjà existant, dans laquelle les PS reçoivent un traitement gratuit pour les IST, sur présentation d'un coupon. La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) et le traitement des VIH / SIDA par

les ARV a également été considéré comme susceptibles de donner lieu à une subvention FBP. La Banque n'est pas en faveur de verser des subventions pour les tests du VIH pour la population générale. Selon ONUSIDA il y a des villages spécifiques où il existe un grand nombre de PS avec une très forte prévalence du VIH (> 60%, tandis que la prévalence générale chez les PS était d'environ 35% selon une étude effectuée en 2009). Une ONG locale, Animas Sutura, met en œuvre un programme de marketing social de préservatifs pour les PS. Le gouvernement du Niger a mis à disposition 1,2 milliards de f cfa pour le traitement ARV des PS, comme des fonds externes pour étendre le traitement ARV aux nouveaux patients ne sont pas disponibles à ce moment. Le CISLS a mentionné que la prévention du VIH / IST chez les hommes devraient se concentrer sur «Les hommes en uniformes», les routiers, les mineurs et les prisonniers, mais il est difficile de voir comment un programme FBP pourrait répondre à cela, à moins que le système de coupon leur soit étendu.

Quant à un potentiel payeur au sein du programme PBF les partenaires ont mentionné que le groupe de travail sur le FBP au sein du MSP a débattu de l'opportunité d'avoir un payeur / agence d'achat indépendant, mais ne pouvait pas nommer un organisme approprié au Niger qui pourrait assumer cette tâche. Il n'existe pas de d'assurance maladie de grande taille. Selon les interrogés la Caisse Nationale de Sécurité Sociale paraétatique est considérée comme ayant trop des problèmes de gestion elle-même et les ONG nationales ne disposent pas de capacités suffisantes.

Les possibilités de coopération pour FBP

- La CTB est intéressée à participer et, apparemment, elle dispose d'à peu près €3.000.000 pour la recherche dans le domaine du FBP.
- L'UNICEF peut trouver de l'argent pour le FBP dans son budget actuel, qui pourrait par exemple être utilisé pour payer les indicateurs qui se rapportent directement à sa mission. Ils sont particulièrement intéressés par le FBP communautaire; quelques indicateurs communautaires de prévention pourraient être par exemple : le lavage des mains, faire bouillir l'eau et existence de latrines adéquates/propres.
- La mission de l'OMS dans le pays ne dispose pas de fonds pour le FBP dans leur budget 2012/2013, mais pourraient appuyer les aspects techniques à travers l'Unité FBP de leur bureau régional à Brazzaville.

6 Analyse FFOM

L'analyse FFOM est utilisée pour estimer si un nouveau programme ou une réforme va être un succès à travers une analyse des points forts et des défis internes du système existant et des opportunités et des menaces externes, qui peuvent influencer la mise en œuvre ou l'impact du programme ou de la réforme. L'abréviation signifie : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES. Cet outil est utilisé ici pour analyser le Système Sanitaire du Niger vis-à-vis de l'introduction d'un programme FBP.

6.1 Les forces

Dans le tableau ci-dessous les points forts du système de santé du Niger sont résumés et reliés à la façon dont ils sont censés faciliter l'introduction du FBP.

Tableau 17: Forces du Système de Santé vis-à-vis de l'introduction de FBP

Forces du Système de Santé	Effet sur l'introduction du FBP
Le système sanitaire est en général bien organisé, mais aussi souple et le MSP est ouvert aux idées nouvelles et la volonté de changer les choses	Cela facilitera tout type de réforme, y compris le FBP
Le MSP est déjà convaincu que le payeur ou l'Agence d'Achat devrait être un organisme indépendant	Cela améliorera la séparation des fonctions
Il y a déjà une expérience avec un certain degré d'autonomie des FS Dans les districts avec la caisse autonome, les FS peuvent gérer leurs fonds propres elles-mêmes dans une certaine mesure Les FS peuvent utiliser le RC à acheter les médicaments Les contrats temporaires au lieu des contrats à durée indéterminée sont possibles pour certaines catégories de personnel Il est permis d'acheter des médicaments dans le privé en cas de rupture de stock à l'ONPPC C'est permis pour les FS d'avoir un compte bancaire	Il sera plus facile de transformer les FS en entrepreneurs
Il y a déjà une expérience d'application de primes de motivation (GAR), bien que la mise en œuvre de la GAR ne soit pas parfaite	Le concept de paiement pour les résultats sera facilement compris et accepté
La supervision est bien développée et bien exécutée à tous les niveaux	Facilitera l'assurance de la qualité nécessaire dans tout programme de FBP
Les FS font déjà un Micro-plan	Il sera facile d'introduire le genre de business plan utilisé dans les programmes de FBP
Il y a déjà un groupe de personnes formées au FBP au niveau du MSP. Les Comité de Pilotage et Comité Technique bien informés et motivés ont une bonne compréhension des avantages potentiels et des défis du FBP, et sont capables de discuter de questions liées au FBP en détail.	Cela facilitera grandement les discussions avec le MEF, les bailleurs, Les équipes DRSP et ECD et les autres partis prenantes.
La plupart de l'ECD sont déjà formés ou le seront en 2012 en gestion (financière), planification, suivi / évaluation, etc.	Il ne devrait pas être difficile de leur expliquer les concepts FBP

Forces du Système de Santé	Effet sur l'introduction du FBP
Les écoles (ISP, CPADS) et les équipes DRSP ont déjà l'expérience de formations de courte durée en gestion	Ils peuvent être impliqués dans la formation FBP pour L'ECD et les différents cadres des agents FS
Le système 24/7 est déjà introduit	Le personnel des FS est déjà habitué à travailler en dehors des heures d'ouverture

6.2 Les faiblesses

Dans le tableau ci-dessous les faiblesses du système de santé du Niger sont résumées et reliées à la façon dont elles sont censées entraver l'introduction de FBP. La section du rapport consacrée à la conception du programme pilote FBP explique comment ces difficultés peuvent être surmontées dans le programme pilote FBP.

Tableau 18: Faiblesses du Système de Santé vis-à-vis de l'introduction du FBP

Faiblesses du Système de Santé	Effet sur l'introduction du FBP
Les organisations de l'ONU et les ONG fournissent les intrants aux FS en nature gratuitement et d'une manière fragmentée	Cela entrave l'autonomie des FS et conduit à des avantages inéquitables pour certaines FS (recevoir des entrées, sans avoir à payer ou montrer des résultats, alors que les autres FS dans le même district doivent payer) ; Cela pourrait rendre impossible une évaluation de l'impact du projet pilote FBP
Les primes de motivation existantes sont seulement payées à quelques personnes et la plupart des agents ne reçoivent rien	Crée des frustrations chez les autres agents. Dans un projet FBP tout le monde devrait avoir la même chance de gagner un bonus
La plupart des primes de motivation existantes sont payés sans vérification stricte	Pourrait conduire à une certaine résistance à la vérification stricte dans le pilote FBP
Il y a des FS qui sont très démunies	Pour elles il sera difficile d'augmenter le score de qualité dans un programme PBF
Il n'y a pas d'information fiable sur la capacité et la volonté de payer pour les services de santé	Difficile de savoir pour les FS quel est le tarif abordable pour la population
Les données du SNIS ne sont pas assez fiables	Même si une réforme du SNIS est en cours, il sera nécessaire de consacrer des ressources afin de s'assurer que les factures de la FS au programme pilote FBP sont corrects

Faiblesses du Système de Santé	Effet sur l'introduction du FBP
Il existe une loi qui interdit l'embauche et le licenciement du personnel par les FS elles-mêmes (ou même par le DS)	Diminue le degré d'autonomie de la FS

6.3 Les opportunités

Dans le tableau ci-dessous les opportunités en dehors du système de santé du Niger sont résumées et liées avec leur effet escompté sur l'introduction du PBF.

Tableau 19: Opportunités à l'extérieur du Système de Santé pour l'introduction du FBP

Opportunités Extérieures au Système de Santé	Effet sur l'introduction du FBP
La décentralisation du pouvoir et des finances à des niveaux inférieurs est en cours.	Peut être utilisé pour augmenter le degré d'autonomie des FS, de sorte qu'ils auront le pouvoir de prendre des décisions.
L'existence des crédits délégués	Ces crédits peuvent être ajoutés à l'ensemble des financements du FBP pour acheter des résultats, plutôt que de financer des intrants
L'INS procède à un recensement en 2012	Permettra d'améliorer grandement la fiabilité des dénominateurs de population utilisés pour les indicateurs clés du SNIS
Le MEF a réservé 6 milliards f cfa pour payer la gratuité en 2012	Les vérificateurs du programme pilote FBP peuvent faire la vérification stricte des montants de la gratuité dans les DS sélectionnés – après le MEF peut payer
Les bailleurs interviewés sont tous positifs sur les possibilités d'un programme FBP pour améliorer les services de santé	Ce large consensus sur le potentiel du FBP permettra l'appui des partenaires pour le pilote FBP
Quelques bailleurs sont prêts à contribuer financièrement (CTB/UNICEF) ou avec de la formation (OMS) au programme FBP	CTB pourrait financer l'évaluation du pilote, comme son budget doit être consacré à la recherche. L'UNICEF pourrait financer une extension du pilote FBP au niveau communautaire L'OMS peut contribuer par des formations ToT

6.4 Les menaces

Dans le tableau ci-dessous les menaces extérieures au système de santé du Niger sont résumées et reliées à la façon dont ils sont susceptibles d'affecter la mise en place du FBP. La section du rapport consacrée à le design du programme pilote explique comment le MSP peut minimiser ces menaces dans le programme pilote FBP.

Tableau 20: Menaces à l'extérieur du Système de Santé pour l'introduction du FBP

Menaces extérieures au Système de Santé	Effet sur l'introduction du FBP
Les ONG qui fournissent les intrants en nature aux FS gratuitement ne sont probablement pas prêtes à fournir de l'argent au lieu d'intrants	Cela risque de réduire le choix des districts pilotes, parce que les FS ne devraient pas normalement recevoir des intrants en nature ou au moins recevoir les mêmes intrants
Le MEF ne paie pas pour la gratuité	Risque que les subventions PBF ne soient seulement utilisées pour combler le manque des revenus dû au non - remboursement de la gratuité et alors ne peuvent pas être utilisées pour les primes du personnel ou pour l'amélioration de la qualité des services au FS
Le MSP ne parvient pas à obtenir une part plus importante du budget national	Après le projet pilote, il n'y aura peut-être pas assez des fonds pour une continuité et la mise en échelle du FBP.
La situation sécuritaire pourrait se dégrader	Difficulté de faire une (contre) vérification dans certaines régions.

De l'analyse ci-dessus, on peut conclure que les forces et opportunités l'emportent largement sur les faiblesses et menaces. Les plus grands défis sont d'assurer que dans les zones pilotes les ONG ne fournissent pas d'intrants en nature, que le MEF s'engage à payer les factures de la gratuité après que l'Agence d'Achat les ait vérifiées, et que les données du SNIS deviennent plus fiables. La forte motivation du MSP pour mettre en œuvre le programme FBP pourra lui permettre, nous l'espérons, d'être en mesure de surmonter ces défis. La situation de départ pour introduire le FBP dans le secteur de la santé au Niger est bonne. Il semble qu'il n'y ait pas d'hypothèse fatale.

7 Conception du programme de FBP

Dans cette section, les principaux aspects d'un design possible du projet pilote FBP au Niger seront examinés sur la base des expériences de l'équipe avec des projets pilotes FBP dans d'autres pays ainsi que des discussions qui ont eu lieu lors de l'atelier à Niamey le 31 Mars 2012. Parfois, des recommandations seront données, dans d'autres cas, des options seront présentées afin que le MSP puisse faire le choix. Cette section abordera les aspects suivants:

1. Les zones pilotes
2. Les niveaux de prestations de services à être inclus dans le pilote
3. L'autonomie de la FS
4. Le Payeur et l'Agence d'Achat
5. L'assurance qualité
6. La maintenance de la solidarité
7. La vérification, la vérification communautaire et la contre-vérification
8. Les Indicateurs et les méthodes de calcul de paiement
9. La boîte noire - ou ce que les FS peuvent faire avec les subventions
10. La formation et le renforcement des capacités pour le FBP
11. L'évaluation du programme pilote
12. Les arrangements institutionnels
13. Le financement du programme pilote
14. La pérennité

7.1 Les zones pilotes

Selon les termes de référence, le programme pilote devrait avoir lieu dans les 5 mêmes régions où le projet VIH / SIDA II est mis en œuvre: Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéry et Zinder.

Bien que le montant pour le pilote FBP (à payer à partir de ce projet) n'ait pas été alloué, il doit évidemment rester dans les marges de ce projet (20 millions USD), en tenant compte du fait que la majorité des fonds devront être utilisées pour des activités VIH / SIDA.

Un rapide calcul, en utilisant la norme internationale de 3 USD par habitant et par an, une période d'essai de 2 ans, une population moyenne de 400 000 personnes par district, montre que le pilote FBP dans 2 districts moyenne coûterait environ 4,8 millions USD, ce qui semble raisonnable.

L'atelier a examiné la sélection des districts, en tenant en compte de ce qui précède, ainsi que le désir d'inclure les zones avec beaucoup de PS, afin de créer une synergie avec les autres activités du projet VIH/SIDA qui ciblent ce groupe à haut risque. En fin de compte les DS suivants semblaient le plus appropriés: Madarounfa à Maradi, Kantché / Matamèye à Zinder et Téra à Tillabéry. Cependant, selon les estimations de la population en 2012 de l'INS, la population de ces 3 DS est en moyenne supérieure à 400.000 Personnes.

La population ainsi que les estimations des budgets nécessaires pour le FBP dans ces 3 districts sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Tableau 21: Population et budget FBP pour les 3 districts sélectionnés

DS	Population	FBP budget nécessaire
Madarounfa	632.000	3.792.000
Kantché/Matamèye	357.000	2.142.000
Téra	596.000	3.576.000

Toute combinaison de deux districts du tableau ci-dessus deviendrait coûteuse, parce que Madarounfa et Téra sont de grands districts. Kantché / Matamèye semble être un bon choix, car il a une population dans la moyenne, un grand nombre de PS, en particulier dans le village de Maimoudja, et il est le seul district où l'ECD a déjà introduit une forme de FBP (voir 5.1.5). À ce stade, le consultant tient à offrir une autre option pour la sélection du deuxième district. Le MSP pourrait utiliser les critères ci-dessous pour sélectionner un deuxième district sans prendre le nombre de PS en comptes. En plus, le FBP pourrait être piloté dans quelques CSI/CS près des villages avec une forte concentration de PS en Madarounfa, plutôt que dans l'ensemble du district. Le consultant suggère les critères suivants pour la sélection du deuxième district:

- District de relativement petite taille (population d'environ 400.000)
- Pas ou peu d'intrants fournis en nature
- Si Matamèye est relativement urbain, le deuxième district devrait être relativement rural ou vice versa
- Si Matamèye est relativement moins pauvres, le deuxième district devrait être plus pauvre, ou vice versa
- Sécurité
- Accessibilité (également pendant la saison des pluies)
- DRSP et ECD / MCD actifs et intéressés

Avant de faire le choix final, le consultant recommande vivement de faire un inventaire des organisations de l'ONU et des ONG qui fournissent des intrants en nature dans les deux districts sélectionnés et de discuter avec elles, afin de savoir si elles pourraient être impliqués dans la mise en œuvre du pilote FBP, et comment elles pourraient être impliquées. Idéalement, les districts couverts ne devraient pas recevoir d'intrants en nature des bailleurs de fonds ou des ONG. Si dans les districts sélectionnés des Organisations des Nations Unies ou des ONG fournissent des intrants en nature, le MSP doit veiller à ce que toutes les FS bénéficient de ces intrants de manière égalitaire.

7.2 Niveaux de prestation de service devant être inclus dans le pilote

Comme la politique du MSP privilégie clairement les soins de santé primaires, il est logique que la mise au point du pilote FBP se concentre sur le CS et le CSI. Mais par où commencer? Il est probablement préférable de commencer à un niveau de service et lorsque le système est bien établi de l'étendre à d'autres niveaux. Une comparaison des avantages et des inconvénients pour commencer soit avec le CSI ou le CS est donnée dans le tableau suivant.

Tableau 22: Avantages et désavantages de commencer le FBP pilote au niveau de CS ou CSI

	Avantages	Désavantages
Les CS	<p>Offrent 40% des services → impact</p> <p>Pas d'écarts dans le SNIS → fiable information</p> <p>Les Chefs CS sont de bonne volonté</p>	<p>Grand nombre → grand nombre des contrats et effort pour la vérification (temps et argent)</p> <p>Les agents ne sont pas bien formés, pas facile de les former sur le FBP</p>

	Avantages	Désavantages
	<p>Après de la population → facile d'impliquer la communauté</p> <p>Ils ne gagnent pas beaucoup → une petite prime va faire beaucoup de différence → bonne motivation</p> <p>Toutes le CS travaillent avec les relais communautaires → facile d'inclure des indicateurs préventifs communautaires → impact</p>	
Les CSI	<p>Les CSI sont les services clés du système sanitaire</p> <p>Personnel plus formé</p> <p>Ont déjà quelque expérience avec les primes de motivation</p> <p>Pas si nombreux que les CS → plus facile pour la logistique d'un programme FBP</p> <p>Beaucoup d'expérience dans d'autres pays à ce niveau</p>	<p>Reçoivent déjà beaucoup d'appui et intrants des différents partenaires → impossible d'évaluer les effets du FBP</p> <p>L'appui au CSI (intrants) varie énormément. Cette inégalité n'est pas juste dans un système FBP</p> <p>Plus difficile de partager le bonus entre le personnel</p>

Bien que le consultant ait une légère préférence pour commencer avec le CS, les participants de l'atelier semblaient préférer commencer par contracter la CSI, qui pourrait à son tour sous-traiter la CS. Il est important de préciser ici que le travail pour un CSI impliqué dans la sous-traitance est important et que l'Agence d'Achat devra être prête à préparer des contrats standards et vérifier le processus de mise en place ainsi que de s'assurer que la CSI paie des subventions correctes à la CS. En fait, si le CSI devait sous-traiter la CS, il pourrait y avoir un problème avec la séparation des fonctions, parce que le CSI est également responsable de la supervision de la CS. L'expérience de la sous-traitance dans le Sud Kivu n'a pas été très positive, mais dans le projet FBP à Cyangugu au Rwanda, elle a fonctionné raisonnablement bien. Il faut noter que le consultant ne connaît pas si la sous-traitance est encore utilisée dans le programme national du Rwanda. En tout cas il est conseillé de réfléchir à cela et de contacter les autres pays afin de discuter de leurs expériences.

Tout compte fait, compte tenu du fait que le programme FBP ne sera mis à l'essai que dans deux districts, il serait intéressant d'inclure tous les niveaux de prestation de services, c.à.d. communautaire, CS, CSI et HD. Il pourrait être sage de commencer avec le CSI, compte tenu de leur position centrale dans le système de santé, et ensuite d'inclure la CS, le niveau de la communauté, et enfin l'hôpital.

7.3 Autonomie des FS

Les FS au Niger ont déjà un certain degré d'autonomie, et il est possible de leur accorder facilement plus d'autonomie, car il n'existe pas de lois l'interdisant, et la politique de décentralisation le favorise. Bien sûr, les FS qui ont jusqu'ici fonctionnées sous la caisse unique ont moins d'expérience avec l'esprit d'entreprise et ont besoin d'apprendre davantage. La seule inhibition à la mise en place d'une pleine autonomie semble être une loi qui interdit au FS d'embaucher et de licencier le personnel. Cette information a été donnée par Mr le SG Adjoint. Le MSP veut voir si cette loi peut être modifiée, ce qui bien sûr serait une très

bonne chose sur le long terme, comme les FS seraient alors en mesure d'optimiser la gestion de leur personnel par rapport à leurs propres besoins. Toutefois, pour le pilote, le consultant estime que ce n'est pas un inconvénient sérieux. De plus, d'après des informations fournies dans les commentaires à la première version de ce rapport, le processus de décentralisation maintenant effectif permet aux Maires de faire des embauches et des licenciements.

Bien entendu, il est à noter que l'autonomie financière des formations sanitaires ne concerne pas seulement l'utilisation des frais d'utilisation, mais aussi de celles des fonds reçu de l'état.

7.4 Le Payeur et l'Agence d'Achat

Comme le MSP est le régulateur du secteur le principe de la séparation des fonctions exige que le MSP ne puisse pas en même temps être le payeur et/ou l'acheteur des services, d'autant plus que la prestation de services est également sous la responsabilité du MSP, décentralisée à la DRSP et à l'ECD.

Selon les dernières perspectives, il est considéré être plus transparent si l'organisme qui est responsable du paiement effectif des subventions à la FS (le payeur) et l'agence qui achète les services (l'agence d'achat) sont également séparés. Afin de décider qui devrait / pourrait être responsable de ces deux fonctions, observons d'abord leurs tâches.

L'Agence d'Achat (AA) est l'Agence qui normalement gère l'ensemble du programme, C'est-à-dire:

- Préparer / renouveler les contrats avec les FS
- Vérifier les données des FS avant de préparer les demandes de paiement (au payeur)
- Contracter des organisations pour faire la vérification communautaire
- Travailler en liaison avec ou même contracter les agences qui font l'assurance de qualité
- Analyser les données du programme et proposer des améliorations continues ou des adaptations
- Préparer les rapports au MSP et autres parties prenantes
- Documenter les processus et les leçons apprises
- Liaison avec le MSP et le payeur

Le Travail de l'Agence d'Achat est alors très compliqué et exigeant. Lors de l'atelier, le consensus a été lors de l'atelier qu'il n'y avait pas d'organisation nationale existante qui pourrait assumer les tâches ci-dessus.

En fait, le Comité de Pilotage avait déjà élaboré des Termes de Référence en vue de lancer un appel d'offres international. Le consultant a suggéré de créer une nouvelle organisation pour cette tâche spécifique, soutenu par une assistance technique extérieure, plutôt que d'avoir une organisation externe responsable de la gestion du programme FBP, appuyée par les autorités locales. Si cela est difficile à court terme (questions juridiques liées à l'établissement d'un nouvel organisme), le cahier des charges de l'AA pourrait inclure que les organisations qui soumettent une offre doivent employer et former le personnel local au point qu'il puisse prendre le relais après la période de pilotage, ou si le programme était étendu. Un exemple de la façon dont cela peut être fait, est l'expérience avec l'Agence d'Achat de performance (AAP) dans le Sud Kivu en RDC. En effet, l'AAP est née du pilote FBP soutenu par Cordaid, et est maintenant un organisme totalement indépendant, à laquelle les autorités de santé ont confié la gestion du programme FBP.

Pour la coordination, la liaison avec les MSP, CISLS, les bailleurs et autres parties prenantes, ainsi que le développement et la mise à jour des outils, de manuels, la documentation des leçons apprises, etc., il serait sage d'avoir le siège de l'AA à Niamey. Mais en raison des grandes distances au Niger et de la nécessité de visiter régulièrement toutes les FS pour la vérification, il sera nécessaire de créer des antennes AA dans les deux districts.

En ce qui concerne le payeur, de nombreuses suggestions différentes ont été faites lors de l'atelier:

- L'ULSS, le Comité de Pilotage FBP, le Comité Technique FBP, mais tous ces organismes font partie du MSP, qui est l'organisme de réglementation, et ne peut donc pas être le payeur
- Le MEF (compte spécial sécurisé), mais l'expérience avec le MEF en ce qui concerne la gratuité n'est pas encourageante
- Une organisation, nouvellement créée à cet effet. Cela ne semble pas nécessaire, car le paiement n'est pas une question compliquée, mais il demande une certaine responsabilité.

Il faut penser à une autre organisation, à qui on peut avoir confiance pour gérer une grande somme d'argent, soit nationale, soit internationale. Le consultant propose de donner cette responsabilité au CISLS durant la phase pilote, car cette organisation est de toute façon responsable du projet à partir de laquelle le pilote est payé. Une fois que le MSP commencera à penser à passer à plus grande échelle, le MEF sera le choix le plus logique (avec les fonds dans un compte spécial).

7.5 L'assurance qualité

Lorsque la quantité de la production est subventionnée il y a un risque que la qualité diminue. Comme les agents sont incités à faire autant de services subventionnés que possible, ils pourraient être tentés de se dépêcher et de ne pas prêter attention au diagnostic correct (examen physique par exemple) ou à l'éducation du patient. Un autre problème est que le rendement et la qualité des services qui ne sont pas subventionnés peuvent être négligés. Pour ces raisons, tout programme FBP doit faire un suivi régulier de la qualité des services. La troisième raison de le faire est que le programme de FBP lui-même s'emploie également à améliorer la qualité des services, en faisant en sorte que le score de qualité compte dans le score total sur lequel le paiement des subventions est fondé.

La question est de savoir à quelle organisation devrait être confiée l'assurance de la qualité technique. Au cours de l'atelier, certaines personnes pensaient que ce serait mieux que cela soit fait par l'AA. D'autres ont voté pour l'ECD. Le consultant est d'accord avec ces derniers. Si l'AA doit entreprendre l'assurance de la qualité, alors des personnes qualifiées devraient être employées en son sein pour entreprendre cette tâche, alors que l'ECD a déjà une équipe qui est qualifiée pour vérifier tous les aspects de qualité qui figurent dans le questionnaire. Une autre raison pour laisser l'ECD prendre en charge l'assurance qualité du programme FBP est de les inclure dans le régime de FBP. D'après l'expérience du consultant cela fonctionne mieux si toutes les agences impliquées dans le système de santé bénéficient du FBP, ce qui augmente leur motivation. Si une organisation est laissée de côté, cela pourrait générer de la frustration, comme ce qui se passe à l'heure actuelle avec les programmes de GAR. Parce que l'ECD reçoit déjà une per diem généreuse pour les visites de supervision, le coût de les contracter pour des travaux supplémentaires ne devrait pas être trop

élevé. Cependant, on pourrait argumenter que l'ECD n'est pas indépendante car elle est également responsable de la supervision (comme argumenté ci-dessus pour le CSI vis-à-vis the CS). Ceci est vrai, mais le Consultant pense que les avantages mentionnés ci-dessus sont plus importants que les inconvénients, d'autant plus que les problèmes venant de possibles conflits d'intérêt peuvent être résolus avec la contre-vérification.

L'assurance qualité peut être faite tous les trimestres, et pourrait être combinée avec les visites de supervision régulières. Comme l'assurance qualité dans le but de FBP est différente de la supervision formative, l'équipe ECD doit garantir une séparation claire de ces tâches soit dans le temps (l'une après l'autre) ou de charger différentes personnes pour les deux tâches.

Il est très intéressant que l'ECD utilise également l'observation participative de la relation agent/patient au cours de leur supervision, principalement dans le but de superviser la bonne utilisation des protocoles de traitement. C'est d'une grande importance pour la qualité des services, et cela ne figure pas dans le questionnaire de qualité. Le consultant est d'une certaine manière favorable à l'introduction d'un score pour le respect des protocoles de traitement dans le score total.

Une exception devrait être faite pour les hôpitaux, en particulier au Niger, comme les responsabilités de l'ECD et de l'hôpital sont à la fois dans les mains de la MCD et le MCD-A. L'ECD ne peut donc pas être considéré comme indépendant et donc ne doit pas faire l'assurance de la qualité à l'hôpital. Dans certains pays, l'assurance de la qualité à l'hôpital est faite par les pairs, des équipes de DH s'examinent les uns des autres. Ceci à l'inconvénient qu'il y a un risque de complaisance, afin que tous obtiennent un score plus élevé et davantage de subventions, et ce risque est accru dans notre cas parce que le pilote ne concerne que deux districts, ce qui signifie qu'ils auront toujours une subjectivité entres pairs. Au cours de la phase pilote, il est suggéré que le MSP / Comité Technique en collaboration avec l'AA procède à l'assurance de la qualité des deux HD. Il existe aussi une ONG spécialisée dans l'assurance qualité (qui a participé à l'atelier). L'Equipe ne connaît pas cette ONG, mais des renseignements devraient être pris pour savoir si la vérification de la qualité des hôpitaux pourrait lui être confiée.

7.6 Maintenance de la solidarité

Le FBP est connu pour sa capacité à utiliser les maigres ressources disponibles de manière plus efficace, mais sans plus de dispositions programmatiques, le FBP ne sera pas capable de remédier aux échecs du marché qui provoquent l'inégalité. Cependant, dans la sante l'équité est un objectif important. Nous voulons que tout le monde ait accès à des services de qualité. L'un des aspects du système de la caisse unique au Niger, c'est que l'ECD peut redistribuer les ressources gagnées par les FS les plus actives aux FS qui ne sont pas beaucoup utilisées et ont moins de revenus en provenance du RC, afin qu'ils puissent aussi avoir des fonds pour le fonctionnement. Qu'il soit juste ou non, de prendre ses RC à une FS qui a travaillé dur, dépend des raisons pour lesquelles les autres FS sont moins utilisées. Parce qu'elles sont situées dans une zone peu peuplée, de sorte qu'elles ont moins des patients ou alors parce que leur infrastructures sont très délabrées et qu'elles n'ont pas d'équipement? Les deux raisons font que les patients restent à l'écart, mais aussi il se pourrait également que les patients ne sont pas satisfaits du personnel. Les deux premiers problèmes ne peuvent pas être résolus par une meilleure gestion (même sous le FBP), mais le troisième si et un programme de solidarité ne devrait pas subventionner les non-performances du personnel (la troisième raison).

Dans certains pays, les programmes FBP ont ajouté des composantes pour accroître l'équité, non seulement pour la population mais aussi pour le personnel, dans les zones reculées ou dans les FS avec une mauvaise infrastructure :

- Le programme verse une subvention plus élevée pour chaque service dans ces FS,
- Le programme verse une prime d'isolement séparée ou une prime de pauvreté
- Le programme donne aux FS un crédit afin qu'elles puissent investir dans l'amélioration des infrastructures
- Le programme donne aux FS une certaine subvention pour réhabiliter ou construire leurs infrastructures, afin qu'elles puissent rattraper leur retard
- Prenant en compte l'expérience du Niger, le consultant propose qu'un fond d'équité soit créé au sein de l'AA en demandant toutes les FS de payer un certain pourcentage de leur RC (5% ou 10%). Avec cet argent l'AA peut soit payer une subvention plus élevée pour chaque service aux FS nécessiteuses, en laissant libres de l'utiliser à leur guise, ou leur donner un crédit ou une subvention pour un investissement spécifique. Des subventions plus élevées devraient avoir des conditionnalités, afin d'éviter les abus. L'AA peut par exemple inclure dans le contrat que l'augmentation des subventions plus importantes ne seront versées longtemps que si le score de qualité s'améliore. Par ailleurs, au moins au début du programme, une ligne budgétaire peut être prévue pour augmenter le fond d'équité s'il s'avère que le pourcentage des RC est trop faible pour avoir un impact.

7.7 La vérification, la vérification communautaire et la contre-vérification

Comme déjà mentionné à plusieurs reprises, il est nécessaire de surveiller rigoureusement les données de résultat/performance soumises par les FS pour éviter "le jeu de nombres". Le conseil est de le faire à deux niveaux, au niveau de la FS elle-même et au niveau de la communauté.

7.7.1 La vérification des données des FS

Il s'agit d'une tâche de l'AA. Le travail comprend la comparaison des données fournies par les FS avec les registres originaux (comme l'équipe a fait dans l'étude). Selon le nombre d'indicateurs et de la période (1 mois ou 3 mois), c'est un exercice fastidieux qui demande une grande précision. Il est préférable de le faire avec le chargé de la FS et / ou un membre des COGES. Les écarts peuvent donc être discutés immédiatement ainsi que les recommandations sur la façon de prévenir ces erreurs dans le futur.

L'expérience d'autres pays montre que la vérification prend un jour par CSI (probablement une demi-journée par CS), y compris le déplacement. Avec une moyenne de 23 CSI par district et la vérification mensuelle au début du projet pilote, il est conseillé d'employer deux vérificateurs par district, parce qu'ils ne peuvent pas être sur la route tous les jours. Ils ont également besoin de temps pour saisir les données dans les feuilles de calcul, d'assister à des réunions, etc. Une fois que les CSI seront incluses dans le programme FBP et les CS seront ajoutées au projet pilote, la fréquence des vérifications de CSI peut être réduite à une fois par trimestre et les vérificateurs peuvent inclure en outre la vérifica-

tion des CS. Selon le nombre exact de CS et CSI dans les districts pilotes un autre vérificateur pourrait avoir à être employé.

7.7.2 La vérification communautaire

Alors que la vérification des données au niveau de la FS peut trouver des différences entre les registres et les données de performance/résultats fournies à l'AA, il est plus difficile de trouver des traces de la manipulation frauduleuse des registres. Les agents peuvent par exemple inclure des patients dans le registre qui n'ont jamais été examinés, ou ont été examinés pour un acte qui n'est pas inclus dans les subventions FBP. Pour cette vérification, la communauté a été utilisée dans d'autres pays.

Un échantillon des patients est tiré au sort trimestriellement dans les registres et des personnes indépendantes sont contractées pour visiter les villages et de vérifier que ces patients ont en effet visité la FS ce jour-là pour la raison indiquée. Lorsque des discordances sont trouvées entre ce que les patients eux-mêmes disent et les données que la FS a fourni, l'AA doit enquêter à ce sujet.

Dans le cas où le comportement frauduleux est confirmé, la FS sera punie par la réduction de son subside avec un pourcentage convenu. Au cas où la fraude continue le contrat FBP peut même être annulé. Toute la procédure est destinée à dissuader les FS de tenter de frauder. Une fois établie, la fréquence de la vérification communauté peut être réduite à deux fois par an.

Au Rwanda, au Burundi et en RDC, la vérification communautaire a été faite par des ONG locales, qu'on appelle aussi Associations Locales (ASLO). L'AA les a contractées et les a formées. Bien sûr, l'AA peut aussi embaucher quelqu'un directement en tant que personnel, mais en utilisant une ASLO, cela permet d'impliquer la communauté dans les services de santé, et aussi cela empêche que l'AA n'accumule trop de pouvoir. En outre, en veillant à ce que davantage de familles bénéficient financièrement du programme FBP, cela crée des effets de multiplication économiques car l'argent gagné sera dépensé à nouveau dans les communautés.

Ce type de vérification communautaire peut être combiné avec une petite enquête de satisfaction régulière chez les patients qui ont visité le FS. Les questions peuvent couvrir combien les patients ont payé, comment l'accueil était fait, comment l'agent a expliqué le diagnostic aux patients ainsi que le traitement fournis.

Les résultats de la vérification et le score de satisfaction peut être inclus dans les variables qui déterminent le paiement FBP. Ils peuvent également être discutés lors d'une réunion trimestrielle avec tous les Chefs FS par exemple, qui va introduire un élément de concurrence entre les FS. Alternativement ou en complément, les résultats peuvent être discutés individuellement par le vérificateur avec le responsable du CSI ou de la CS, en présence d'un membre de COGES.

7.7.3 La Contre vérification

De plus en plus, les pays qui ont de grands programmes de FBP ont inclus notamment la contre-vérification dans leurs gammes des interventions. Il s'agit d'une vérification qui consiste à vérifier si les AA, ECD et ASLO ont fait leur travail correctement et il n'y a pas eu de connivence avec les bénéficiaires. La contre-vérification est souvent faite par un organisme externe contractée, mais pour le futur pilote au Niger le consultant propose que le MSP puisse prendre en charge cet aspect, en particulier par l'intermédiaire du Comité Technique FBP.

La fréquence proposée est une fois par an sur la base d'un échantillon. Bien que cela ne soit peut-être pas forcément nécessaire pour un projet pilote, il est bon de l'inclure comme une activité formative, qui sera utile une fois que le programme sera étendu.

7.8 Les indicateurs et les méthodes de calcul de paiement

Les Indicateurs dans un programme de FBP peuvent être divisés en indicateurs d'output ou de quantité et indicateurs de qualité. Plus élevé sera la quantité et la qualité, plus élevée sera la subvention FBP.

7.8.1 Les indicateurs de résultat / output

Le plus important aspect clé de la conception de tout programme de FBP est le choix des indicateurs qui seront subventionnés / achetés²⁸. Tous les services ou actes ne peuvent ni doivent être inclus dans le programme de FBP. L'idée est de subventionner de façon stratégique certains services pour lesquels l'on veut accroître l'utilisation. Il existe essentiellement deux méthodes pour subventionner la quantité des prestations. Le programme FBP peut payer pour chaque unité de service ou acte presté ou pour chaque pourcentage d'augmentation vers un objectif convenu. Subventionner le nombre réel des services est plus facile à comprendre, à documenter et à évaluer que de subventionner un changement dans un pourcentage. En outre, les dénominateurs nécessaires pour calculer les pourcentages sont dans de nombreux cas peu fiables. Une fois que les données du nouveau recensement seront disponibles la méthode encouragée dans le livre PBF en Action²⁹ pourra être utilisée. Cette méthode utilise des objectifs nominaux, sur la base du nombre maximum de services qui devraient être fournis afin de couvrir tous les cas dans la population couverte par une FS spécifique. Afin de calculer cette population cible, il faut avoir des informations démographiques correctes, ainsi que des informations sur la charge de morbidité dans la population (pour les services cliniques). Ceci est difficile à estimer. L'utilisation d'un objectif de 100% a l'avantage qu'il fixe également le maximum. On ne peut pas vacciner plus de 100% des enfants de moins de 12 mois³⁰.

Le consultant propose d'utiliser les critères suivants pour la sélection des services devant faire partie des indicateurs d'output inclus dans le pilote FBP:

- Tenir compte des priorités du secteur de la santé (PDS / ODM)
- Avoir un impact important sur la santé (voir Annexe 1 PDS 2011-2015 - Liste des interventions à haut impact)
- Etre inclus dans le paquet de services essentiels pour le niveau respectif
- Ne pas créer d'incitations perverses (comme une subvention élevée pour les césariennes)
- Se concentrer principalement sur la prévention
- En outre, les indicateurs de mesure de ces services devraient:

28 Le Chef d'Equipe préfère le mot subvention à celui d'achat dans ce contexte, car achat implique payer un prix reflet du coût réel du service alors que subvention n'a pas cette connotation.

29 PBF en Action. Théorie et Instruments. Guide de cours FBP. Cordaid-SINA, version 17 August 2011. Page 101

30 Le fait que l'on observe souvent des couvertures de vaccination supérieures à 100% montre que soit les dénominateurs ne sont pas corrects ou que des enfants ont été vaccinés deux fois (ce qui arrive parfois pendant des campagnes, quand des enfants avaient déjà été vaccinés à la FS). Voilà pourquoi il est si important d'avoir des données démographiques correctes.

- Etre SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporaire),
- En conformité avec le SNIS, et d'être facile à vérifier

Sur la base des critères ci-dessus le consultant suggère que les services suivants soient inclus dans le pilote FBP:

Tableau 23: Indicateurs FBP proposés pour les FS et la communauté

Service	Indicateur			
	Communauté	CS	CSI	HD
Immunisation	Nombre des enfants 6 mois-6 ans recevant vitamine A		Nombre des enfants complètement vaccinés avant 12 mois, y inclus dans la foraine	
			Nombre de femmes enceintes complètement vaccinés anti-tétanos	
Sanitation	Nombre de latrines construites ou améliorées			
Hygiène		Nombre de sessions éducatives avec au moins 10 personnes présentes		
Nutrition	Nombre de sessions de sensibilisation à une bonne alimentation avec au moins 10 femmes présentes	Nombre d'enfants prise en charge thérapeutique de la malnutrition modérée	Nombre d'enfants prise en charge thérapeutique de la malnutrition modérée	Nombre d'enfants prise en charge thérapeutique de la malnutrition sévère
Diarrhée		Nombre d'enfants pris en charge avec Sels de Réhydratation Orale Nombre	Nombre d'enfants pris en charge avec Sels de Réhydratation Orale Nombre	

		Indicateur		
		d'enfants pris en charge avec le zinc	d'enfants prise en charge avec le zinc	
Infections Respiratoires		Nombre d'enfants <5 pris en charge avec les antibiotiques pour la pneumonie	Nombre d'enfants <5 pris en charge avec les antibiotiques pour la pneumonie	
FP	Nombre des préservatifs vendu (marketing social)	Nombre de nouvelles + anciennes utilisatrices d'une méthode moderne	Nombre de nouvelles + anciennes utilisatrices d'une méthode moderne	Nombre d'insertion d'implants ou DIU
				Nombre de ligatures et vasectomies
CPN			Nombre de femmes enceintes avec 4+ consultations prénatales	
Accouchement	Nombre de femmes enceintes référées au CSI pour l'accouchement institutionnel	Nombre d'accouchements normaux assisté par du personnel qualifié (pas la matrone)	Nombre d'accouchements normaux assisté par du personnel qualifié	Nombre d'accouchements compliqués et référés, assisté par du personnel qualifié
Paludisme	Nombre de nouvelles moustiquaires imprégnées d'insecticide vendu (marketing social)			
TB			Nombre de dépistages adéquats positifs TBC (3 examens crachat) Nombre de cas TBC traité et BK négatif (après 6 mois)	Nombre de dépistages adéquats positifs TBC (3 examens crachat) Nombre de cas TBC traité et BK négatif (après 6 mois)

	Indicateur			
IST			Nombre de cas IST testé et traité Nombre de femmes enceintes testé pour la syphilis pendant la grossesse Nombre de PS référé, testé et traité	
VIH/SIDA			Nombre de femmes enceintes VIH+ recevant PTME (test, conseil, AZT et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	Nombre de personnes VIH+/SIDA recevant ARV pendant tout le trimestre
R/CR			Nombre des fiches complètement remplis retournés au CS	Nombre des fiches complètement remplis retournés au CSI

Il est conseillé de détailler davantage les conditions exactes sous lesquelles le programme FBP devra payer pour chaque indicateur. Par exemple, il devrait être clair que toute personne qui assiste dans les accouchements doit être officiellement qualifiée (et les accouchements compliqués sont référés à l'hôpital). Une matrone assistant un accouchement sous la supervision d'une sage-femme, qui elle-même n'est pas présente, ne peut pas être considérée comme qualifiée. Et qui que c'est soit, si ce n'est pas un MD ou une sage-femme n'est pas qualifié pour faire un accouchement compliqué. L'AA ne devrait donc pas rien prendre pour acquis lors de la vérification. Il devrait être vérifié dans les registres qui a assisté l'accouchement et si cette personne est habilitée à le faire. Un autre exemple: pour un hôpital pour recevoir la subvention pour une fiche CR il doit être entièrement rempli, de sorte que la CSI est informé sur les examens effectués, le diagnostic trouvé, le traitement donné, les suivis nécessaires.

La BM à Washington va bientôt publier série d'outils, qui comprendra des exemples de subventions pour les indicateurs utilisés dans 14 programmes de FBP, et qui pourront être utilisés pour définir le niveau de subvention initiale pour le FBP au Niger.

7.8.2 Indicateurs de qualité

La plupart des questionnaires de qualité utilisés dans les programmes FBP sont similaires à ceux qui ont été utilisés dans cette étude. Toutefois, la liste a été raccourcie pour des raisons pratiques et adaptée à la situation au Niger. L'équipe recommande que le MSP revoie le questionnaire, en regardant de nou-

veau le questionnaire disponible dans le livre thématique « PBF en Action » (page 67-76) cité précédemment et d'ajouter d'autres éléments.

Dans notre étude, nous n'avons pas accordé des coefficients aux scores - sur chaque composante une FS pouvait marquer 2, 1 ou 0. Dans le questionnaire initial le score est «oui» ou «non», mais les questions portent des coefficients différents. L'avantage de cette pratique est que le MSP peut choisir d'affecter une importance différente aux composantes en fonction de ses priorités. Quand une FS respecte pleinement le protocole pour un indicateur, elle reçoit le score, sinon elle obtient 0. Cela empêche les discussions sur les scores intermédiaires.

Pour des raisons pratiques, nous conseillons également de faire des listes séparées pour les différents niveaux de services. Elle permettra d'éviter les erreurs de notation. En outre, une nouvelle liste pour le CS doit être faite, celle présente n'étant pas orientée vers le niveau de service d'un CS. Enfin, cela permettra de simplifier le calcul du score, si le score total possible est de 100 ou 200. Le nombre et les coefficients des scores peuvent être ajustés de façon à arriver à un nombre qui facilite la division.

Une autre question à laquelle il faut répondre est de savoir ce qu'il faut faire si un FS ne dispose pas de certains services, par exemple, n'a pas une maternité, n'offre pas de diagnostic ou de traitement de la tuberculose, ou n'offre pas de PF. Toutes les Formations Sanitaires publiques sont tenues d'offrir le PMA et PCA, mais une FS confessionnelle ou une clinique privée ne sont pas obligés d'offrir le paquet complet.

Devraient-ils alors être pénalisés avec le score de mauvaise qualité ou le score total possible (le dénominateur) devrait-il être adapté à la situation sur le terrain ? Cependant, on pourrait faire valoir que l'utilisation du même questionnaire pour tous les FS de même niveau pourra les inciter à fournir le paquet complet, ce qui serait souhaitable d'un point de vue politique.

7.8.3 Méthodes de calcul

Le calcul du paiement dépend d'un certain nombre de questions:

- Nombre de services fournis, les outputs ou résultats
- Subvention pour chaque service
- Score de qualité technique
- La vérification de la communauté
- Score de satisfaction
- Prime d'équité ou d'isolement
- ...

Outputs

Tout d'abord le nombre de services pour chaque indicateur subventionné doit être estimée pour chaque FS inclus dans le programme dans les deux districts choisis. Tant que les données du recensement ne sont pas encore disponibles, il est préférable d'utiliser le nombre actuel de ces services en majorant les estimations d'outputs supplémentaires attendus. Ce nombre d'outputs supplémentaires attendus doit être réaliste et sera probablement différent pour chaque service.

En particulier, il est important de signaler que l'introduction de la gratuité de service de soins de santé a déjà substantiellement augmenté le nombre de services inclus dans le paquet gratuit et il ne sera pas vraiment possible d'augmenter davantage le nombre de ces services.

Si l'estimation de l'augmentation des services est trop basse, le programme pourrait se retrouver à court de fond avant la fin de la période de financement. Si

l'estimation est trop importante, l'argent sera réservé pour les indicateurs de résultat qui auraient pu être utilisées ailleurs dans le pilote.

Subvention pour chaque service

Pour chaque fois qu'un certain service sera presté, la subvention doit être décidée. Ce montant pourrait par exemple être de 1000 f cfa pour chaque 4ème visite CPN ou 500 f cfa pour chaque enfant complètement vacciné. La valeur de la subvention pour chaque service dépendra de l'importance que lui donne le MSP, de la fréquence du service, de la difficulté d'augmenter l'output pour ce service, ainsi que du budget disponible. Pour le cas du Niger, la subvention pour le PF par exemple devrait être importante enfin d'encourager les agents à promouvoir le PF avec le plus de femmes possibles et le plus d'hommes possibles, lorsqu'ils visitent la FS ou au cours de la foraine.

La même chose pour CPN 4 + ou PTME, parce que les indicateurs pour ces services sont encore de faibles valeurs, 26% et 19% respectivement (PDS 2011-2015). Mais entre les deux la grande différence est qu'il y a beaucoup de femmes enceintes, mais certainement pas beaucoup de femmes séropositives enceintes. D'autre part la subvention pour les suppléments en vitamine A pourrait être beaucoup plus faible, parce que le pourcentage d'enfants en recevant est déjà de 88% (PDS 2011-2015) et il qu'il y a beaucoup d'enfants entre 6 mois et 6 ans. En RDC par exemple, la subvention pour cet indicateur n'est que l'équivalent de 25 f cfa.

Le montant total par mois pour les indicateurs d'output peut être simplement calculé comme le nombre de services fournis et vérifiés dans le mois, multiplié par la subvention pour ce service:

$$F \text{ cfa output total} = \Sigma (N1 * F1) + (N2 * F2) \dots$$

Où N1 est le premier service et F1 est la subvention pour ce service, etc.

Lorsque les différentes variables sont mises dans une feuille de calcul Excel, il sera facile de voir l'effet sur les coûts totaux pour le programme lors du changement de l'une des variables.

Au cours de la période pilote, il pourrait être nécessaire d'ajuster les subventions pour certains services, par exemple lorsque l'augmentation voulu pour l'utilisation d'un indicateur ne se produit pas. Peut-être que la subvention n'est pas assez élevé. Bien sûr, il se pourrait aussi qu'il y ait d'autres raisons, telles que des raisons culturelles qui empêchent les femmes d'accoucher dans une FS, où il n'y a pas d'agent de sexe féminin dans le service de la maternité. Dans ce cas, la FS pourrait utiliser les subventions pour embaucher un agent féminin et augmenter ainsi le nombre des accouchements institutionnels.

Score de qualité

La troisième question à voir est la façon dont le score de qualité aura un impact sur le paiement. Le score de qualité finit par être un pourcentage (dans laquelle aussi le résultat de la vérification communautaire et de l'enquête de satisfaction peuvent être inclus - voir 7.5). D'abord, le MSP doit décider quelle importance il veut donner à la qualité en comparaison avec les résultats quantitatifs. Les options suivantes sont possibles pour combiner le score de qualité avec le score d'output pour arriver à la note finale:

1. Dans certains programmes FBP il suffit de multiplier F cfa output total avec le score de qualité: $F \text{ cfa total} = \{ \Sigma (N1 * F1) + (N2 * F2) \dots \} * \% \text{ Qualité}$. Cela signifie que si F cfa output total d'une FS serait 2000 USD par trimestre et le score de qualité est 75%, le FS recevrait $2000 * 0.75$

= 1500 USD. L'inconvénient psychologique de ceci est que quel que soit le niveau de qualité d'un FS obtenu, il y aura toujours des rabais sur le paiement total.

2. D'autres programmes utilisent un système en vertu duquel un score plus élevé des résultats de qualité augmente le paiement du résultat total selon un pourcentage préétabli. Par exemple un score entre 50-60% donne un supplément de 5% du F cfa output total, 60-70% supplément de 10%, 70-80% un supplément de 15%, etc. Cela signifie qu'une FS avec Fcfa output total de 2000 USD et un score de qualité de 75% recevraient $2000 + (15\% * 2000) = 2300$ USD. Afin de ne pas rendre le programme trop cher, les subventions par output doivent être inférieures à celles de la première option (dans ce cas, le F cfa output total devra redescendre à environ 1305 USD, parce que $1305 + (15\% * 1305) = 1500$ USD. Donc il faut dans ce cas revoir à la baisse les subsides pour chaque service. L'avantage est que cela est psychologiquement plus motivant que la première option, comme une FS reçoit plus d'argent si elle obtient une qualité supérieure. Cela rend également facile de savoir exactement combien a été payé pour la quantité et combien pour la qualité. Un inconvénient pourrait être qu'il ne fait aucune différence de paiement si un FS a un score de qualité de 61 ou 69, et qu'une fois dépassé le seuil de 70% il faudra beaucoup de temps avant de pouvoir atteindre la prochaine augmentation à 80%. Bien sûr, le système peut encore être raffiné pour corriger cela.
3. L'inconvénient des deux options ci-dessus, c'est qu'il favorise les FS qui ont déjà une performance de haute qualité au départ. Elles recevront plus de subventions que les FS avec un faible score de départ, ce qui permettra alors d'améliorer leur qualité encore mieux et plus vite, entraînant plus de disparités. Une façon de contourner ce problème serait de payer pour chaque augmentation du pourcentage au score de qualité. Bien que le consultant ne sache pas si cette option a déjà été testée dans un pays, il semble que cela soit une alternative intéressante, qui est plus équitable pour les FS qui commencent avec des arriérés.

La vérification communautaire

La vérification communautaire se traduit aussi par un score pour chaque FS. Le MSP doit décider quelle importance à accorder à cette vérification. Le score pourrait être inclus dans le score de qualité total, avec par exemple, 75% pour la qualité technique et 25% pour la qualité perçue par la population ou 80-20.

Bonus d'équité ou d'isolation

Lorsque le MSP opte pour la possibilité d'augmenter les subsides par service pour les FS vulnérables ou isolées, ce bonus sera automatiquement inclus dans le calcul des subsides de ces FS et aucune autre intervention n'est nécessaire.

7.9 La boîte-noire, ou ce que peut faire une FS avec les subventions

En théorie, il appartient à la FS de décider de la façon dont elle veut utiliser les subventions: bonus du personnel, achat de médicaments (supplémentaires), investir dans des panneaux solaires, du matériel didactique, engager du personnel ou autre.

En pratique, la boîte noire n'est pas entièrement noire dans la plupart des pays, mais plutôt grise. Tout d'abord les FS doivent décrire dans leurs business plans la façon dont elles utiliseront les subventions qu'elles s'attendent à obtenir lors du prochain trimestre. Deuxièmement de nombreux programmes FBP travaillent avec des pourcentages plus ou moins fixes pour les catégories de dépenses clés citées ci-dessus. Pour le cas du Niger deux possibilités se présentent :

- Le Régulateur décide à l'avance des propositions et domaines d'utilisation ;
- La liberté est donnée à la formation sanitaire de décider de la proportion accordée aux primes allouées au personnel.

Le pilote pourrait démarrer par exemple avec seulement la fixation du pourcentage maximal pour le bonus du personnel (par exemple à 50%) et laisser le reste au choix de la FS. S'il s'avère que la FS ne parvient pas à gérer cette liberté, des suggestions peuvent être faites à chaque FS sur comment améliorer la qualité, ou, enfin des pourcentages fixes pour les catégories de dépenses peuvent être acceptés. Mais, plus noir est la boîte, plus une FS aura de responsabilités et plus les dépenses pourront être adaptées à ses besoins réels.

Une des faiblesses de GAR mentionnées plus haut, c'est que pas tous les agents ont reçu la prime de motivation. Dans le programme FBP l'idée est que tout le personnel dans une FS en bénéficiera. Comment le bonus du personnel sera divisé parmi le personnel peut devenir un sujet de controverse et de tension.

Par conséquent un outil, appelé « indices » a été conçu (voir le livre PBF en Action page 128), qui prend en compte les heures travaillées (heures supplémentaires par exemple), la responsabilité, l'ancienneté et la performance individuelle de chaque membre du personnel d'une FS.

7.10 Formation et renforcement des capacités pour le FBP

Les principaux groupes qui ont besoin d'être formés sont les suivants:

- Le personnel local de l'AA
- DRSP des deux régions et ECD des deux districts où le pilote aura lieu
- La formation ToT pour les équipes de DRSP
- Chefs FS des deux districts
- ASLO

Si un appel d'offres international est effectué pour une AA il est prévu que l'organisation qui gagne l'appel d'offres dispose d'une expertise suffisante pour démarrer la mise en place du programme FBP.

Comme mentionné plus haut, le MSP devrait insister pour que la plupart des employés des bureaux de l'AA à Niamey et dans les deux districts soient recrutés localement, de sorte qu'ils puissent recevoir une formation pratique. Tous les coûts de formation externe pour le personnel de l'AA doivent être assumés par l'entreprise. Une fois que la décision finale sur la sélection des districts aura été faite, la sensibilisation de la DRSP et de l'ECD pourra commencer.

Le MSP peut organiser une réunion de sensibilisation d'une journée. Il est bon d'impliquer aussi le personnel du CPADS dans cette activité. Plus tard, quand l'AA aura été établi, le CAPDS peut organiser une formation de 3 jours pour les équipes de l'ECD des deux districts à Ouallam, en collaboration avec le personnel international de l'AA et des membres du Comité Technique. Cette formation devrait couvrir non seulement les éléments essentiels de FBP, mais en particulier l'utilisation correcte de l'outil d'assurance qualité et des indicateurs SNIS rémunérés.

Le consultant propose que deux équipes DRSP reçoivent une formation ToT de 5 jours délivrée par CPADS / MSP / AA, afin d'être en mesure de former le personnel des FS dans les districts pilotes et peut-être aussi les ASLO. L'utilisation des équipes DRSP dans le programme a un avantage stratégique car ils y sont impliqués. Quand le programme FBP pourra être élargi, ils pourront aussi former le personnel des FS des autres districts dans leur région.

La formation des chefs de CSI et plus tard des CS et des HD durera sans doute au moins 5 jours. Il est également utile d'envisager la présence du président ou d'un autre membre des COGES dans la formation. La formation devra couvrir l'essentiel de FBP, le business plan, le paiement des indicateurs SNIS, la préparation des factures pour l'AA et la façon dont le paiement est calculé, la coopération avec la communauté, la gestion financière, l'utilisation des subventions pour les primes du personnel et l'amélioration de la qualité, la façon de diviser le bonus entre le personnel, les moyens d'accroître l'utilisation de soins de santé ainsi que la qualité, la façon de fixer les prix, etc.

Les formations pour ASLO / AL devra durer deux jours et couvrir l'essentiel du FBP, les raisons de la vérification et comment faire la vérification dans la communauté, rapportage et les aspects contractuels. Durant le projet pilote, ceci pourrait être réalisé par l'AA ou par les équipes de DRSP.

En outre, il ne faut pas oublier les agents des Collectivités Territoriales, les syndicats, les Organisations de la Société Civile pour une compréhension commune du processus et des procédures afin d'éviter des blocages inutiles.

7.11 La recherche et l'évaluation du programme pilote

7.11.1 Enquête de base et de post-intervention

Afin d'évaluer l'effet du programme de FBP au fil du temps, des enquêtes devraient être faites dans le district pour déterminer la situation de base ainsi que des enquêtes faites après l'implémentation du programme FBP, y compris toutes les FS dans les deux districts qui ont été choisis.

Les informations suivantes doivent être recueillies dans ces deux districts pour chaque FS incluse dans le pilote:

- un aperçu des ressources humaines présentes dans la FS, y compris leurs qualifications et leurs salaires net

- la population cible de l'aire de rayonnement de la FS (sur la base des données du nouveau recensement)
- combien de patients reçoit la FS en moyenne par jour
- quels sont les prix des services qui ne sont pas gratuits (consultation, examens de labo, observation, MEG)
- vérifier le recouvrement avec les registres (pour le cas des services non inscrit dans la gratuité)
- vérifier les factures pour la gratuité dans les registres
- enquête qualité avec l'outil d'évaluation de qualité choisi pour le pilote FBP
- vérifier les données du SNIS sur les indicateurs choisis pour le pilote PCI
- la composition du COGES
- nombre de CS à superviser (pour les CSI)

Il pourrait être utile d'envisager d'ajouter un membre de l'ECD dans les deux districts sélectionnés dans l'équipe de terrain lors de l'enquête de référence pour l'évaluation de la qualité, car ils seront également responsables de cette évaluation pendant la mise en œuvre du projet pilote.

Si l'inclusion de l'enquête qualité et de la vérification des indicateurs SNIS devait retarder l'enquête, il peut aussi être fait par l'AA / ECD des deux districts sélectionnés séparément à un stade ultérieur, mais cela compromettrait l'indépendance de la recherche.

Si le MSP et / ou les CISLS ainsi que le bureau du pays de la BM sont également intéressés à comparer l'impact du programme de FBP après deux ans par rapport aux districts où il n'y a pas eu d'intervention FBP (l'unité FBP de la BM Washington est très en faveur de cette pratique), alors la même étude de base ainsi que des enquêtes après l'intervention doivent également être effectuées dans deux districts de contrôle qui sont comparable aux districts sélectionnés pour le pilote FBP en considérant les aspects tels que le niveau de pauvreté et les questions culturelles.

Les districts où organisations de l'ONU ou les ONG fournissent des intrants en nature (à toutes les FS) peuvent être utilisés comme districts de contrôle, ou alternativement des districts où il n'y a pas de soutien du tout (ou les deux options, s'il y a suffisamment des fonds).

En supposant que le pilote va commencer avec les CSI, le travail de terrain pour l'enquête de base devrait prendre environ 2 personnes/mois (1 jour par CSI) par district et l'analyse et les rapports un autre mois pour 1 personne, soit au total 6 personnes/mois. Si le CS est inclus plus tard, l'enquête de référence en ce qui les concerne peut être faite plus tard. Parce qu'il y a plus de CS, mais comme elles sont plus rapprochées et plus petites, cela devrait aussi prendre 2 mois, soit au total 12 personnes/mois.

Les deux devraient se faire avant que la mise en œuvre effective du projet ne commence (c'est-à dire le paiement des indicateurs). L'enquête après l'intervention devrait avoir lieu deux ans plus tard sur le même trimestre (parce que l'utilisation de service au Niger varie beaucoup avec les saisons). Y compris les enquêtes post-intervention, l'investissement total sera d'environ 24 personnes/mois.

Si les enquêtes seront également effectuées dans 2 districts de contrôle (pour le même trimestre), alors l'investissement total sera de 48 personnes/mois. Les enquêtes devraient donc être confiées à un institut de recherche local. L'assistance technique internationale n'est pas nécessaire, car il y a une capacité suffi-

sante au Niger pour mettre en œuvre des enquêtes et analyser les données ainsi que rapporter les résultats.

Comme la CTB a réservé des fonds pour financer les recherches sur le FBP, il serait possible de leur demander de financer l'enquête de base ainsi que les enquêtes post-intervention.

Le consultant pense qu'une enquête ménage n'est pas vraiment nécessaire afin d'établir le pouvoir d'achat de la population et combien ils pourraient payer pour les services. Les conclusions de cette étude ainsi que des études du budget des ménages réalisées par l'INS montrent de façon claire que les prix sont trop élevés pour être abordables par les populations les plus démunies.

Le MSP avec l'AA devrait élaborer un outil pour aider les FS et COGES à discuter ou négocier avec la communauté dans leur aire de Santé un prix juste et abordable.

7.11.2 Evaluation

Le consultant propose de faire réaliser une revue technique à mi-parcours du programme en interne conjointe par le MSP, AA, CISLS et BM. L'Analyse de toutes les données devrait être l'aspect le plus important de cet exercice, de sorte que le MSP puisse prendre une décision préliminaire sur l'opportunité ou non de se préparer à étendre le programme (en particulier pour la recherche de financements). L'autre objective de cette revue est bien sûr d'adapter la conception du programme selon les résultats de la revue. L'évaluation doit aussi intégrer le coût de la vérification.

L'évaluation externe finale devrait être faite après que les études de post-intervention aient été faites dans les districts d'interventions et de contrôle, de sorte que l'équipe d'évaluation puisse utiliser ces données. Afin de ne pas retarder la décision de poursuivre ou non l'approche, le temps total du projet devrait être de trois ans, dont 6 mois de préparation et d'enquêtes de base, 24 de mise en œuvre et 6 mois pour les enquêtes de post interventions, évaluation finale et la préparation pour la dissémination. Le budget devrait permettre la poursuite le paiement des subventions au cours de ces 6 mois, afin d'éviter un intervalle sans financement.

7.12 Arrangements institutionnels

Le Comité de Pilotage de FBP peut fonctionner comme le Comité National de Pilotage du projet, responsable du contrat et du suivi de l'AA et de ses antennes dans les districts. Le Comité (aidé par le Comité Technique FBP) sera également responsable de la sous-traitance des études prés et post intervention, de l'organisation de la revue à mi-parcours conjointe et de la sous-traitance de l'évaluation externe finale. Il est suggéré que le Comité se réunisse mensuellement au départ. La fréquence des réunions peut être ensuite réduite à chaque trimestre une fois que le pilote est commencé.

L'AA fonctionnera comme « Project Implémentation Unit » selon la terminologie de la BM, sous la direction du Comité Technique. Leurs tâches ont été décrites dans la section 7.3.

Les CISLS fonctionnera comme le payeur. Ils recevront des fonds de la BM et les mettront dans un compte bancaire distinct pour le pilote FBP. Ils paieront les factures des FS, après que l'AA les ait vérifiées et ensuite ait demandé au CI-

SLS de les payer. Ils payeront le MSP pour la formation, la recherche externe et les équipes d'évaluation contractées.

Les CPADS et DRSP seront responsables de la formation des ECD, Chefs FS et COGES, ainsi que des ASLO.

L'ECD sera chargé de l'assurance qualité.

Un institut de recherche sous contrat sera responsable de la réalisation des enquêtes de base et post-intervention. Un organisme sous-traitant externe sera chargée de l'évaluation finale.

De cette façon, les responsabilités pour les différentes composantes du projet pilote seront assumées par différentes organisations, ce qui augmentera la transparence et la responsabilisation. Tous les principaux intervenants dans le secteur de la santé seront impliqués dans le pilote, ce qui augmentera l'appropriation.

7.13 Le financement du programme pilote

Le budget pour le programme pilote FBP est financé par le projet VIH/SIDA II (crédit de la BM). Le montant n'est pas encore alloué, mais dépendant la population cible des deux districts, et de l'utilisation (augmentée) prévue des services, du nombre des indicateurs, de la fréquence de la vérification, de la formation, des recherches et des coûts de l'assistance technique externe (AA et évaluation finale) on doit prendre en compte environ 1500 f cfa par an par habitant. Cela comprend le soutien à la fois pour les CSI, les CS et les HD, y compris de fonds pour des mesures d'équité. Au moins 70% du budget couvre généralement les subventions, les contrats avec les associations locales, l'amélioration des infrastructures des formations sanitaires et les formations. L'autre 30% couvre les frais généraux de l'AA. Du côté des recettes, le budget devrait inclure non seulement les subventions FBP, mais aussi le revenu des frais d'utilisation/RC (à la fois de la gratuité et payant).

D'après l'étude de faisabilité, il semble que le pilote doit considérer que les subventions pour les indicateurs devraient être définies au niveau de telle sorte que la prime de personnel (en supposant qu'elle représente 50% de la subvention) sera au moins équivalente à 10-20% des salaires nets afin d'être suffisamment motivante pour le personnel des CSI (10%) et CS (20% ou plus).

Pour calculer un budget plus exacte le MSP / AA devrait diviser les coûts en coûts fixes (AA, la formation, évaluation, etc.) et coûts variables, tel que le nombre d'indicateurs ou de subventions par indicateur, les bonus d'équité etc. Afin de savoir l'effet de l'évolution des coûts variables, le MSP / AA pourra utiliser Excel ou un outil plus sophistiqué de calcul coûts, tel que décrit dans le livre PBF en Action (2011).

7.14 Pérennité

Si l'on considérait que l'ensemble du budget FBP devait venir de fonds supplémentaires, aucun programme de FBP ne serait pérenne. Mais on peut aussi considérer que les coûts normaux de fonctionnement des FS puissent être distribués par l'intermédiaire du système FBP. Cela peut être fait pour des augmentations salariales planifiées, qui à l'avenir devront être gagnés à titre de primes au rendement, et pour les crédits délégués existants et les fonds de FC par

exemple. Idéalement, les fonds actuellement utilisés pour financer les intrants en nature devraient également être acheminés par l'intermédiaire du FBP.

Compte tenu du maigre budget de la santé, le MSP continuera à être dépendant des financements extérieurs pour le court et le moyen terme, et donc devra faire un plaidoyer auprès des bailleurs et ONG enfin d'obtenir leur appui pour que leur soutien soit canalisé dans le cadre du FBP. Cependant la plupart des bailleurs de fonds veulent voir d'abord des preuves de l'efficacité d'une nouvelle approche et qu'elle résulte en une meilleure utilisation des services et une meilleure qualité de ces services, avant d'engager des fonds dans l'intensification du FBP dans le secteur de la santé. C'est pourquoi les études de base et à la fin de l'intervention, incluant si possible des districts de contrôle, sont si importantes.

8 Plan d'Action et Calendrier indicatif pour un pilote FBP

Dans le tableau 25, le consultant a résumé les principales décisions et étapes nécessaires avec leurs calendriers trimestriels, tout en supposant que le projet pilote prendra 3 ans. Le MSP/AA pourra élaborer plus des détails par mois une fois l'AA établi. Les activités du trimestre 0 peuvent déjà être réalisées par le MSP avant le début officiel du programme. Ce sont des prises de décision ne nécessitant pas d'apport de fonds externe.

Tableau 24: Plan d'Action pour le programme pilote FBP par trimestre

Activités	Voir section	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Appel d'offre pour l'AA	7.4													
Faire l'inventaire des intrants en nature distribués dans les districts devant être inclus dans le programme	7.14.1 7.1													
Finalisation de la décision sur les districts (2 d'intervention et 2 de contrôle)	7.7 7.11													
Discuter avec la CTB du financement d'études	7.11													
Sélectionner l'institut de recherche pour les études FS	7.11													
Finaliser la décision sur le payeur	7.4													
Finaliser la décision sur la l'assurance qualité	7.5													
Finaliser la décision sur les instituts de formation	7.10													
Finaliser la décision sur la mise en place de la vérification communautaire	7.7.2													
Finaliser la décision sur la contre-vérification	7.7.3													
S'assurer d'une distribution équitable d'intrants en nature aux FS (Si cela ne peut être évité)	7.1													
Discuter avec le MEF pour faire la vérification de la gratuité dans les districts FBP et encourager le MEF à payer les arriérés de la gratuité	6.2													
Le bureau de l'AA à Niamey commence à fonctionner	7.4													
Finaliser la décision sur les indicateurs de résultat / Output	7.8.1													
Finaliser la décision sur les FS devant faire partie du programme pilote	7.2													
Finaliser la décision sur les indicateurs de qualité devant être utilisés aux différents niveaux	7.5													
Réaliser l'étude de base dans les 4 districts	7.11													
Collecter les données pertinentes dans le recensement de 2012	6.6													
Finaliser la décision sur les méthodes de financement des mesures d'équité	7.6													
Finaliser la décision sur la sous-contractualisation	7.2													
Finaliser la décision sur la fréquence de la vérification	7.7													

Activités	Voir section	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Finaliser la décision sur le poids des scores de qualité	7.5		■											
Finaliser la décision sur la méthode de calcul pur inclure le score de qualité dans le score total	7.8		■											
Finaliser la décision sur le % maximum de la prime au personnel	7.9		■											
Sensibilisation des DRSP et ECD	7.10		■											
L'AA recrute son personnel local	7.47.13			■										
Prépare budget détaillé, modélisation des subventions etc.	7.13			■										
Elaboration du manuel opérationnel				■										
Formation des équipes des ECD – 3 jours	7.10			■										
Formation des équipes des DRSP (Formation de formateurs/ToT) – 5 jours	7.10			■										
Formation des Chefs de CSI/COGES – 5 Jours	7.10			■										
Formation ASLO – 2 jours	7.10				■									
Mise en œuvre dans les CSI					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Formation des Chefs de CS/COGES – 5 Jours	7.10					■								
Mise en œuvre dans les CS							■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboration du plan de pérennisation	7.14						■							
Revue conjointe interne								■						
Revue/Adaptation des indicateurs/subventions								■						
Formation des relais communautaires – 2 jours	7.10							■						
Mise en œuvre dans les Relais									■	■	■	■	■	■
Formation des Chefs de HD/COGES – 4 jours	7.10									■				
Mise en œuvre dans les HD											■	■	■	■
Etude Post-intervention	7.11												■	
Evaluation finale	7.11													■

9 Annexes

Annexe 1 : Termes de Référence

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progrès
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DES RESSOURCES

**TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDE DE BASE / FAISABILITÉ DE LA MISE EN
PLACE DE LA STRATÉGIE DU FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE
(FBP) DANS DES DISTRICTS PILOTES AU NIGER**

Niamey, juin 2011

I. CONTEXTE

1. Le Niger ayant souscrit à la déclaration de New-York sur les OMD, s'est engagé résolument à améliorer la santé des populations en général, en particulier celle des couches les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants. Pour relever les principaux défis qui rendent difficile la réalisation de résultats probants, notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, le Ministère de la Santé Publique (MSP), dans un souci de changement de logique en matière d'administration et de prestations de services et de soins, a-t-il décidé de mettre en œuvre la stratégie du Financement Basé sur la Performance (FBP).
2. La mise en œuvre de la stratégie se fera à travers le deuxième projet de lutte contre les IST/VIH/Sida dont le Niger vient d'obtenir le financement avec la Banque mondiale. Ce projet placé sous la responsabilité de la Coordination intersectorielle de lutte contre les IST/VIH/Sida (CISLS), supportera la mise en œuvre du FBP au niveau de sa première composante. Le FBP sera conduit dans les services de santé avec pour objectif de les renforcer avec le concours du financement du projet.
3. Le MSP vient de procéder à la validation de son plan de développement sanitaire qui a été élaboré selon une méthodologie de gestion axée sur les résultats (GAR). Ce plan sera soutenu dans sa mise en œuvre, par un certain nombre de réformes dont le FBP. Pour une meilleure appropriation du concept de FBP et son internalisation, le MSP a mis en place une équipe d'experts nationaux (9) qui ont reçu une formation au Rwanda et au Bénin. L'équipe constitue le Comité de Pilotage (CP) de la mise en œuvre du FBP au Niger. Comme préalable à la mise en œuvre du FBP, une étude de base sera conduite pour déterminer les conditions de réussite de l'activité dans le système sanitaire du pays et aussi préciser sa faisabilité et son niveau de soutenabilité à long, moyen et court terme.
4. Comme indiqué dans d'autres pays, le FBP tient à améliorer la qualité des services, et augmenter la motivation et la responsabilisation des agents de santé dans l'atteinte des résultats. Les bonus - FBP seront versés en espèces aux formations sanitaires afin de couvrir les coûts locaux des prestations fournies. Les résultats obtenus par rapport aux objectifs définis seront régulièrement évalués par un tiers pour éviter le "jeu des nombres", dans lequel les agents de santé sont expérimentés car donnant des chiffres élevés qui sont contraires aux services effectivement fournis. La responsabilité sociale sera également renforcée par une participation accrue des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités. L'utilisation d'outils comme les «cartes de score /ou cartes de résultats» par la communauté et la publication d'informations sur l'utilisation des paiements FBP par les centres de santé constitueront des éléments de réduction des risques d'abus dans le système.

5. Dans ce contexte, le recrutement d'un cabinet fournissant une équipe d'experts est envisagé. Le cabinet aura à proposer un protocole d'étude qui portera sur l'analyse de l'état des lieux des formations sanitaires, la situation du niveau de base de la qualité des prestations et des activités menées par les centres de santé. Pour une meilleure évaluation de l'existant, le protocole prendra en compte, l'appréciation des prestataires de services et des utilisateurs, avec pour objectif de mieux apprécier la qualité des services offerts sur le terrain. Le protocole comprendra également des sections portant sur les méthodes de financement acceptables pour les districts.

6. Le cabinet aura la responsabilité de conduire l'étude de base, de préparer et conduire un atelier de restitution des résultats, et de développer après le rapport final de sa mission. Tout au long du processus, il travaillera en étroite collaboration avec le comité de pilotage du MSP et la Coordination du projet IST/VIH/Sida.

II. OBJECTIFS

7. L'objectif de la consultation est d'établir une situation de base du système sanitaire vis-à-vis du FBP et de proposer les actions à développer à titre pilote dans le cadre du renforcement de l'offre des services de santé incluant la lutte contre les IST/VIH/Sida.

8. Le cabinet devra :

- Etablir la situation socio-sanitaire initiale des districts identifiés ;
- Proposer un plan d'investissement complémentaire pour la mise en œuvre de la stratégie ;
- Proposer une démarche/guide d'évaluation du pilote ;
- Proposer des outils de gestion du système ;
- Faire valider le design FBP par les intervenants nationaux lors d'un atelier ;
- Rédiger le rapport final de l'étude de base / faisabilité.

III. RESULTATS ATTENDUS

9. Les résultats attendus sont :

- La situation socio-sanitaire initiale des districts est établie ;
- Un plan d'investissement complémentaire pour la mise en œuvre de la stratégie est proposé ;
- Une démarche/guide d'évaluation du pilote est proposée ;
- Des outils de gestion du système sont proposés ;
- Le rapport de l'étude de base / faisabilité est disponible.

IV. TÂCHES DU CABINET

10. Le cabinet aura la charge de :

- Réaliser l'étude de base / faisabilité du financement des services de santé basé sur la performance :
 - a. une analyse qualitative des interventions et des intervenants à chaque niveau (district, régional, national) pour une compréhension systématique de leurs intérêts, motivations, défis et obstacles;
 - b. une analyse des forces et des faiblesses du système sanitaire sur son organisation et sa capacité pour le FBP (incluant les ressources humaines, la disponibilité des données, l'informatisation des données, la supervision des activités, les financements disponibles à chaque niveau de la mise en œuvre, et le suivi/évaluation.
 - c. une évaluation des risques potentiels pour le FBP au Niger.
- Formuler des recommandations sur le design du FBP au Niger, en proposant entre autre, les éléments suivants :
 - a. le type de FBP (contrat, paiement pour la performance, etc.), s'il y en a¹ ;
 - b. les indicateurs clés de performance, y compris les types de services, leurs unités de prix, et les mesures de qualité ;
 - d. les méthodes de calcul des règles de paiement (exemple la quantité * la qualité * prix unitaire = paiement) et les méthodes de vérification des résultats ;
 - e. la capacité requise en ressources humaines et des structures à adopter l'approche FBP proposée ;
 - f. les dispositifs institutionnels requis pour l'approche FBP proposée ;
 - g. le plan de mise en œuvre (détaillé) tenant compte des faiblesses perçues dans la capacité actuelle du système sanitaire ; et
 - h. les critères pour la sélection des districts pilotes (Principalement dans les zones prioritaires de l'intervention du projet).
- Présenter les recommandations de formulation du FBP aux intervenants lors d'un atelier national, y compris les districts pilotes identifiés pour le FBP ;

¹ Si la conclusion initiale de l'étude ne soutient pas un pilotage du FBP, les sections suivantes sera pour faire des commentaires sur comment mettre en place un environnement plus facilitateur au FBP dans l'avenir.

- Proposer une démarche/guide d'évaluation de la phase pilote,
- Proposer un plan de renforcement des capacités pour le FBP ;
- Proposer des outils de gestion du système ;
- Réconcilier le feedback de l'atelier dans un rapport final
- Rendre régulièrement compte de l'état d'avancement du travail au comité de pilotage et au projet.

V. PROFIL DU CABINET

11. Le cabinet proposera des experts pour la conduite de l'intervention. Dans l'équipe d'experts à proposer, le consultant principal qui aura la responsabilité de diriger les activités sur le terrain, doit avoir le profil suivant :

- Avoir un diplôme universitaire de troisième cycle en santé publique, économie de la santé, planification et évaluation;
- Avoir des connaissances et une expérience prouvée en matière de financement basé sur la performance notamment dans la conduite des études de base pour la mise en place de ce type de système de financement ;
- Avoir une maîtrise parfaite de l'outil informatique (World, Excel, Base de données, Power Point, etc.) ;
- Avoir une bonne aptitude à travailler en équipe et sous pression ;
- Avoir une bonne expérience d'encadrement d'équipe.

12. Les autres experts qui seront proposés par le cabinet doivent avoir les profils suivants : Statisticiens ou Epidémiologiste, économiste junior, médecin généraliste.

VI. LIEU ET DUREE DE LA CONSULTATION

13. La consultation sera faite au Niger dans un échantillon de 10 districts sanitaires répartis dans les 5 régions suivantes (Maradi, Zinder, Tahoua, Niamey et Tillabery). L'étude sera conduite sous la responsabilité du Comité de Pilotage et du projet de lutte contre les IST/VIH/Sida. La durée sera déterminée par le chronogramme de l'étude et sur proposition du cabinet mais dans un délai maximum de 2 mois.

VII. IMPUTATION BUDGETAIRE

14. Cette consultation sera entièrement financée par la Banque Mondiale.

Annexe 2 : Plan d'Action de la mission

Annexe 3 : Liste de personnes rencontrées

Annexe 3 – Liste de personnes rencontrées

Cette liste ne contient que les noms des personnes rencontrées au niveau national et régional. L'équipe a également rencontré quelques 150 personnes dans les districts. Leurs noms sont enregistrés dans les questionnaires remplis, qui sont disponibles sur demande.

Name	Function	Affiliation	Cell phone	E-mail
Djibrilla Karamoko	Senior Health Specialist	Banque Mondial Niger	96 96 20 56	dkaramoko@worldbank.org
Hassane Namaka	SG-Adjoint Membre CT/PBF	MSP	96 55 18 28	hasnam1@yahoo.fr
Zeinabou Alhousseini	Coordinatrice Nationale	CISLS	96 59 95 41	zeinamaiga@yahoo.fr
Abdoul-Aziz Kainé	DG de la DGR Coordonnateur CT/PBF	MSP	97 96 11 22	kainabdul@yahoo.fr
Ousmane Oumarou	Economiste de la Santé	MSP/DEP	96 53 25 68	oumarou1961@yahoo.fr
Moussa IDE	Coordonnateur	ULSS	90 53 50 81	moussa_ide@yahoo.fr
Adakal Aboubakar	Directeur de la DS Membre CT/PBF	MSP	96 82 54 21	adakalabou@gmail.com
Adama Kemou	DG de la DGSP Membre CT/PBF	MSP	98 07 69 31	kemou_adama@yahoo.fr
Adamou Moustapha	Coordonnateur du PNLT	MSP	96 40 24 67	admmous@yahoo.fr
Bawan-Allah Goubekoy	DG-Adjoint HNL Membre CT/PBF	MSP	96 26 62 25	goubekoy@yahoo.fr
Mahaman Hamissou Ouedraogo	Cellule d'Appui Institutionnel Membre CT/PBF	MSP	96 97 14 45	mahamanhamissou.ouedraogo@gmail.com
Sidikou Soumana	Division Etudes Recherche et Programmes Membre CT/PBF	MSP/DEP	96 29 73 00	sidikousoum@yahoo.fr
Sourghia Mariama	Division Etablissements Publics	MSP/DOS		mariama662001@yahoo.fr
Hadiza Jackou	Coordinatrice	MSP/PNLP	96 99 31 31	hadizou_jakou@yahoo.fr
Fatima Tari	Gestionnaire	MSP.PNLP		
Ousmane Boulama	Coordinateur National-Adjoint	MSP/Ver de Guinée	96 27 99 64	
Ganda Oum Ramatou Hamidou	Directrice	MSP/DOS	96 97 84 45	oum.ramatou@yahoo.fr
Soumana Idrisa	DRSP-Adjoint	DRSP Niamey	96 87 36 01	
		DRSP Maradi		
		DRSP Tahoua		
		DRSP Zinder		
Adrien KISI	Assistant Technique MSP	CTB	96 32 89 21	adrien.kisi@btctb.org
Ousmane Niang	Social Policy Manager	UNICEF Niger	90 50 18 81	oniang@unicef.org
Adama Ouedraogo	MCH Specialist	UNICEF Niger	98 25 51 35	adouedraogo@unicef.org
Félicité Nsabimana Ndimira	Coordinateur	ONUSIDA Niger	96 44 67 12	nsabimananaf@unaids.org
Adamou Dambagi	Conseiller en Suivi Evaluation	ONUSIDA Niger	96 94 77 48	dambagia@unaids.org
Mariama Pascal	Chargé du Programme Santé Reproductive	UNFPA Niger	90 90 98 03	mariama@unfpa.org
Abdou Abubakr	Chargé du Programme VIH/SIDA et SR des Jeunes	UNFPA Niger		
Moussa Bizo	Administrateur chargé de l'économie sanitaire	OMS Niger	96 96 55 85	omsniger@ne.afro.who.int
Juan José Lavin	Coordinateur Général	Aecid Niger	99 52 00 89	coordinador.niger@aecid.es

Suarez				
Jaime Del Rivero Trenor	Responsable Projets Santé	Aecid Niger	98 42 40 42	salud.niger@aecid.es
Iris Semini		Banque Mondial Washington		
Enias Baganizi	Conseiller Senior en Santé, Nutrition et Population	Banque Mondiale Région Afrique Washington	1 202 458 1811	ebaganizi@worldbank.org
Sabrina Keller	Coordinatrice Nationale	HELP Niger		keller@help-ev.de

DEP = Direction des Etudes et de la Programmation

CT/PBF = Cellule Technique PBF

DGR = Direction Générale des Ressources

DS = Direction des Statistiques

DGSP = Direction Générale de la Santé Publique

PNLT = Programme National de Lutte contre la Tuberculose

HNL = Hôpital National de Lamordé

ULSS = Unité de Lutte Sectorielle Sida

DOS = Direction de l'Organisation des Soins

CISLS= Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA

Annexe 4 : Outils

Discussion avec groupe cible sur la volonté et la capacité à payer pour les services de santé

Directives pour la discussion avec le groupe cible:

- Le groupe masculin et féminin séparément ; idéalement 8-10 par groupe.
- Facilitateur, explique brièvement le but de l'exercice: « le MSP est intéressé de savoir combien de gens sont prêts et capables de payer pour les services de santé » Nous avons choisi ce village pour vous demander quelques questions.
- Assurez-vous que tout le monde participe aux discussions sur chaque question. Si quelqu'un domine, demandez aux autres leur opinion.
- Il est préférable d'essayer de les faire discuter les questions ensemble et discuter les uns avec les autres. Ne prenez pas de réponses faciles pour acquis. Confronter les/contester. Demandez la même chose d'une manière différente, etc.
- La discussion (Tout l'exercice) ne devrait pas prendre plus de 45 minutes.

Questions

CSI

1.

Nom du Village	
Nombre des participants	
Tranche d'âge:	
Nom de l'enquêteur	
Rapport fait par	

2. Combien coûte une consultation à la CSI? (à l'exception du carnet et centimes additionnels)
Quelles sont les services inclus dans ces frais? (*consultation, labo, médicaments*)
Qu'est ce qui est exclu?
3. a. Êtes-vous satisfait des services du CSI?
b. Qu'est ce qui est bon et qu'est ce qui a besoin d'être amélioré du point de vue qualité
c. Quels sont les services qui ne sont pas offerts?
4. Pensez-vous que le prix est raisonnable pour les services offerts? Sont-ils moins cher, abordable ou très cher ?
5. Si vous pensez que le prix est trop cher, combien seriez-vous capable de payer pour les services offerts?
6. Si la qualité des services s'améliore, combien seriez-vous prêt à payer?
7. Combien de personnes dans ce village sont incapable de payer les frais actuels?
8. Que font ces gens en cas de maladie? (Font la collecte des fonds, empruntent, vendent des biens, vont à un guérisseur traditionnel, vont au vendeur de la rue, vont directement à la pharmacie, abandonnent ou ne partent pas du tout)
9. Quels sont les services gratuits?

Hôpital du District

10. Etes-vous satisfait des services de l'hôpital de district? Très satisfait, satisfait, pas satisfait.
11. Pensez-vous que le prix d'hospitalisation est moins cher, raisonnable ou Trop cher?
12. Si vous pensez que le prix est trop cher, combien seriez-vous capable de payer pour une hospitalisation?
13. Combien de personnes dans ce village ne peuvent pas se payer l'hospitalisation?
14. Que font ces gens en cas de maladie? (Font-ils la collecte des fonds, empruntent-ils, vendent-ils des biens qui assure leur survie, vont-ils consulter un guérisseur traditionnel, vont-ils directement à la pharmacie, abandonnent-ils la poursuite de la recherche du traitement/ne partent du tout)
15. Connaissez-vous quelqu'un qui est mort parce qu'ils ne pouvaient pas se payer les soins médicaux ou le déplacement vers le centre de santé?

QUESTIONNAIRE CASE DE SANTE

Information General

Date

Nom de l'enquêteur

Nom de région/district/.....

Nom de CSI/village/.....

Nom interviewé(e)/.....

Fonction/Durée à ce poste

Nr. téléphone/E-mail:/.....

1. Combien de villages sont desservis ? Quelle est Population cible ?
2. Existe-t-il un COGES fonctionnel ? Quel est le nombre de Membres ? Faites-vous une réunion mensuelle avec le COGES ?
3. Quel est le nombre du Personnel de la CS?
4. Combien des patients en moyenne recevez-vous par jour?
5. Quelles sont les maladies les plus fréquentes ?
6. Quel est le tarif de la consultation et des soins?
7. Pharmacie :
 - Quel est le circuit d'approvisionnement?
 - Y a-t-il des ruptures de stock? Lesquelles?
 - Quelles sont les médicaments traceurs présents?
8. Offrez-vous toutes les activités recommandées dans le PMA Case de Santé? Si non, pourquoi pas ?
9. Etes-vous supervisé ? Par qui ? A quelle fréquence ? Recevez-vous des feedbacks ?
10. Existe-t-il des relais communautaires ? Combien des Nombre? Travaillez-vous ensemble avec eux ?
11. Quel est votre salaire? Qui vous paie?

A faire : Visite des locaux : Hygiène, inspection de l'équipement

AUTRES COMMENTAIRES

Case de Santé

Nom de Case

Date

Questionnaire ECD

Informations Générales

Date

Nom de l'enquêteur

Nom de la Région/District Sanitaire

Nom de membre d'ECD interviewé

Fonction/Durée à ce poste

No Téléphone/Email

Questions sur la situation des Ressources Humaines

1. Quelle est la composition de l'ECD

MCD	Adjoint MCD	Gestionnaire	Epidémiologiste	Communicateur

2. Quels points focaux des programmes verticaux sont présents dans le DS ? (L'équipe élargie)

SIDA	Palu	TBC	Nutrition	Ver de Guinée	Lèpre	SR	Participation Com.	MTN	Hygiène	

3. Quelle est la composition du personnel d'appui de l'ECD

	Gestionnaire de la Pharmacie	Secrétaire	Chauffeur	Manœuvre/ Planton	Ouvrier polyvalent de maintenance	Gardien	
N ^{bre}							

Questions sur la supervision des CSI faite par l'ECD

4. Combien de FS avez-vous à superviser ?

	CSI-1	CSI-2	FS Confession.	FS ONG	FS privée	FS d'armée	
N ^{bre}							

- Quelle est la fréquence de supervision ? Est-ce la fréquence la même pour chaque type de FS ?
- Quelle est la composition de l'équipe de supervision ? Les points focaux du programme vertical se joignent-ils à vous dans les visites de supervision ?
- Est-ce toujours les mêmes personnes qui vont superviser ?
- Quelle est la durée moyenne de chaque supervision et que faites-vous exactement ?
- Utilisez-vous une grille de supervision ?
- Faites-vous des rapports des supervisions ? Pouvez-vous nous donner une copie des 2 derniers rapports de votre supervision d'un même CSI ?
- Faites-vous de restitution ? Est-ce que vous discutez les résultats avec les personnels des FS supervisés. Et la prochaine fois, demandez-vous qu'est-ce que la FS a fait avec les recommandations ?
- Que gagnez-vous, en termes de motivation, à faire la supervision des CSI ? De qui vient cette motivation ?

13. Comment vérifiez-vous la gestion des médicaments dans une FS? Quels sont les outils de vérification ? (PEPS, comparer les différents registres, conditions de stockage)
14. Assistez-vous aux consultations pour évaluer l'aptitude des prestataires ?
15. Allez-vous aussi ensemble sur le terrain pour visiter les cases de santé ?

Questions sur la supervision de l'ECD faite par la DRSP

16. L'ECD est-elle supervisée par la DRSP ?
17. Quelle est la fréquence et durée de supervision ? Qu'est-ce que elle fait exactement ?
18. Utilisent-elles une grille de supervision?
19. Font-ils la restitution régulièrement ? Est-ce utile ? Pouvez-vous donner un exemple comment cela a-t-il changé votre manière de travail dans l'ECD ?

Questions sur la gestion et formation

20. Tenez-vous des réunions avec votre personnel (Staff) ? A quelle fréquence ? De quoi décidez-vous ?
21. L'ECD a-t-elle reçu des formations sur la gestion, gestion financière, planification, coordination, suivi et évaluation, SNIS ?
22. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de gestion du personnel ? / Dans votre travail en général ?
23. Quelle est le pourcentage des CSI qui ont les COGES fonctionnels ? S'il y en a, qui ne sont pas fonctionnels, quelle est la raison ?
24. Qui organisent le renforcement des capacités des cadres des CSI ? Les autres FS sont-elles aussi impliquées dans les formations ? Quels étaient les sujets des formations pendant les dernières 3 années pour les cadres des CSI? Formation gestion (financière) aussi?

Questions sur la situation financière d'ECD

25. Quel était le budget prévu, mobilisé et dépensé de votre PAA en 2011 ?
26. Quelles sont les principales sources des financements du DS (Gouvernement, ONG internationales et locales, autres PTF) ? Quel est le pourcentage de contribution de chaque source ?
27. Recevez-vous aussi des intrants/dons en nature. Si oui, lesquels ? De quelles sources ?
28. Combien des membres de l'ECD travaillent en privé en dehors des heures de service ? S'il y en a, approfondir.
29. Pour un bon fonctionnement de votre travail, avez-vous des besoins qui ne sont pas satisfait pour le moment ?
30. Dans ce DS y a-t-il une caisse unique ? Ou les CSI ils ont leur propre caisse autonome ? Comment cela fonctionne ? Qu'en pensez-vous ?

Questions sur la présence d'autres organisations secteur santé dans le DS

31. Y a-t-il des ONG, dans le DS, qui travaillent dans le secteur santé ? Si oui, quelles sont-elles ? Que font-elles
32. Y a-t-il dans le DS d'autres institutions qui travaillent dans le secteur santé ? Comme par exemple une école ou un institut de recherche ?

Questions sur le PBF

33. Avez-vous déjà entendu parler du Financement Basée sur la Performance ? Avez-vous entendu parler de GAR ou Gestion Axée sur les Résultats (Prime de motivation) ou d'autres initiatives d'incitations ?
34. Sont-ils déjà en application dans votre DS? Si oui, quelle est votre expérience ? Qu'en pensez-vous ?
35. Si vous aviez 200.000 FCFA en plus chaque mois, qu'en feriez-vous pour améliorer les prestations ?

AUTRES COMMENTAIRES

Questionnaire ONG

Informations générales

Date -----

Nom de l'enquêteur -----

Nom de région /district -----/-----

Nom d'ONG -----

NOM et prénom de l'interviewé -----/-----

Fonction/Durée à ce poste -----/-----

Tel /Adresse email -----

Questions générales pour l'ONG

1. Type d'ONG (Internationale ou locale)
2. Quelle est la mission de cette ONG ?
3. Quelles sont vos activités ? Est-ce clinique ou service d'appui ?
4. Quelle est la population cible pour vos activités?
5. Quelle est la zone d'intervention des activités
6. Quels sont vos collaborateurs ? (Le MSP, Hôpitaux, CSI, Cases de santé, association locales, autorités civiles)
7. A qui adressez-vous les rapports d'activités ?
8. Fournissez-vous des intrants aux FS? Si oui, les quelles ?
9. Quelle est votre expérience locale ?
10. Quelles sont difficultés rencontrées ? exemple : Manque du personnel qualifié etc.
11. Avez-vous déjà entendu parler du Financement basé sur la performance ?
12. Qu'en pensez-vous ?
13. Pratiquez-vous la méthode FBP dans vos activités ? Ou d'autres méthodes similaires comme prime de motivation ?
14. Etes-vous intéressé à participer dans un future programme PBF au Niger ?

AUTRES COMMENTAIRES

Questionnaire Qualité

INFORMATIONS GENERALES

Date

Nom Enquêteur

Région/District/.....

FS/Quartier/.....

Nom Interviewé/.....

Fonction/Durée à ce Poste/.....

Tél/E Mail/.....

Légende de Notation : 2 = Bon 1 = Passable 0 = Insuffisant

	ITEMS	NOTE		
FOSA	1. LOGISTIQUES	2	1	0
HD	1. Ambulance			
	2. Autres Matériels Roulants Fonctionnels (avec carburant)			
	3. Communication Fonctionnelle			
	4. Eau courante			
	5. Electricité			
	Points TOTAUX –CSI 8 points maximum – HD 10 points maximum			
	2. INDICATEURS GÉNÉRAUX	2	1	0
	6. Avez-vous un Plan d'action ? Est-ce que la population est impliquée ? (COGES)			
	7. Procès-verbal des réunions techniques de la FOSA : fait et disponible <i>Vérifier le PV technique du dernier mois.</i>			
	8. Fiches de référence Contre-référence disponibles (<i>au moins 10 en stock</i>) <i>Vérifier fiche dûment remplie</i>			
HD	9. Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre : <i>Evacuation des déchets dans une poubelle</i>			
	Points TOTAUX - 6 points maximum CSI – 8 points maximum HD			
	3. HYGIENE & STERILISATION	2	1	0
	10. Clôture existant et bien entretenu			
	11. Présence de latrines en nombre suffisant et en bon état - <i>CSI au moins 2 ;HD au moins 6 ;</i> - <i>Plancher sans fissures avec un seul trou et un couvercle</i> - <i>Portes à fermer- avec toiture - sans mouches ni odeurs</i> - <i>Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles</i>			
	12. Incinérateur - <i>Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé</i> - <i>avec couvercle</i>			
	13. Fosse à déchets non infectés, disponible <i>Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans matériels infectés ni matériel non décomposable, avec couvercle</i>			
	14. Propreté de la cour <i>Voir si déchets et produits dangereux dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées</i>			

	15. Le personnel stérilise les instruments selon les normes <i>Stérilisateur en bon état. Protocole de stérilisation affiché</i>			
	16. Conditions d'hygiène assurées dans les salles d'attente et de soins <i>Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle – boîtes de sécurité pour les aiguilles bien placées et utilisées</i>			
	Points TOTAUX - 14 points maximum			
4. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE		2	1	0
	17. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés <i>Tarifs visibles pour les malades avant la consultation</i>			
	18. Salle de la CE et l'espace d'attente séparés assurant la confidentialité <i>Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre – pas de passage</i>			
	19. Toutes les CE sont faites par un agent qualifié <i>Identification de l'agent consultant à partir d'écriture dans le registre</i>			
	20. Equipement médical minimum : disponible et fonctionnel <i>Vérifier : tensiomètre, stéthoscope, thermomètre....</i>			
	Points TOTAUX - 8 points maximum			
5. PLANIFICATION FAMILIALE		2	1	0
CSI	21. Présence d'au moins un agent de santé formé en PF		1	
	22. Affiche murale ou boîte à image avec les méthodes PF disponible pour la démonstration			
	23. Méthodes pratiquées et stocks de sécurité de contraceptifs oraux et injectables disponibles			
HD	24. Méthodes DIU disponibles et personnel capable de les placer			
	Points TOTAUX - 6 points maximum CSI – 2 points maximum HD			
6. LABORATOIRE		2	1	0
HD CSI-2	25. Disponibilité d'un microscope fonctionnel <i>– objectifs fonctionnels, huile à immersion, miroir ou électricité</i> <i>– lames lamelles GIEMSA disponibles</i>			
HD	26. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle			
HD	27. Disponibilité d'un spectrophotomètre fonctionnel			
	28. Evacuation des déchets <i>- Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle</i> <i>- Boîtes de sécurité disponibles et détruites dans l'incinérateur</i>			
HD CSI-2	29. Personnel plonge les lames et pipettes souillées dans un récipient contenant un désinfectant			
	30. Disponibilité de tests rapides Paludisme			
	31. Disponibilité de tests rapides VIH			
	Points TOTAUX - 6 points max CSI-1 – 10 points max CSI-2 – 14 points max HD			
7. SALLE d'Hospitalisation		2	1	0
HD	32. Equipements disponibles et en bon état <i>Lits, matelas, moustiquaires, draps, potences, tables de nuit</i>			
	33. Bonnes conditions d'hygiène <i>- Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lits bien espacés</i> <i>- Bonne aération sans mauvaises odeurs</i>			
	34. Feuilles d'hospitalisation disponibles et bien remplies <i>- Au moins 10 vierges – Superviseur vérifient 5 feuilles remplies</i> <i>- Température TA, examens de labo bien rempli</i> <i>- Suivi de traitement coché</i>			
	Points TOTAUX – 0 points maximum CSI - 6 points maximum HD			
8. PHARMACIE		2	1	0
	35. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = <i>Consommation</i>			

	<i>moyenne mensuelle (CMM) / 2</i> <i>Stock dans les fiches correspond avec le stock physique</i> <i>Enquêteur fait un échantillon de trois médicaments</i>			
	36. Les médicaments sont gardés correctement <i>Local propre, fermé, bien aéré avec armoires, étagères étiquetées, et rangés par ordre alphabétique</i>			
	37. Système d'utilisation des médicaments PEPS <i>Enquêteur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables</i>			
	38. Existence de médicaments périmés <i>- Produits périmés bien séparés de stock</i>			
	Points TOTAUX - 8 points maximum			
9. MEDICAMENTS TRACEURS				
	39. Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	2	1	0
	ACT comp			
	Ocytocine			
	Paracétamol comp 500 mg			
	Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide:cp120+50+300mg			
	Points TOTAUX - 4 points maximum			
10. MATERNITÉ				
		2	1	0
HD	40. Présence d'agents formés en SONU			
CSI-2	41. Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement <i>- poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles</i>			
	42. Disponibilité d'une Table d'accouchement fonctionnelle et d'un pèse bébé <i>Enquêteur vérifie le pèse-bébé avec un objet de poids connu (bouteille de l'eau 1.5L par exemple)</i>			
	43. Matériel disponible pour les soins aux nouveau-nés <i>Fil de ligature du cordon stérile, kit ou boîte d'accouchement</i>			
	44. Disponibilité de moustiquaires dans la salle d'hospitalisation			
	Points TOTAUX – 8 points maximum CSI-1 – 10 points maximum CSI-2 et HD			
11. BLOC OPERATOIRE				
HD		2	1	0
	45. Table d'opération en bon état <i>- Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée</i> <i>- Menottes fonctionnelles des membres</i>			
	46. Equipement de base disponible <i>- Anesthésie générale et rachi anesthésie – Respirateur-oxygénateur-</i> <i>- Aspirateur – bistouri électrique et cautérisation</i>			
	47. Kits d'intervention stérilisés prêts à être utilisés pour les urgences (césarienne – hernie étranglée) <i>- Enquêteur vérifie la présence d'au moins 2 kits</i>			
	48. Disponibilité d'une salle de vestiaire et d'un espace de lavage et brossage adéquats <i>- Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude</i> <i>- Disponibilité de l'eau courante, de brosses avec savon</i>			
	49. Disponibilité de tenues adéquates <i>- Blouses chirurgicales, masques, bonnets, bottes, sandales</i>			
	Points TOTAUX – 0 points maximum CSI – 10 points maximum HD			
12. VIH / SIDA				
CSI		2	1	0
	50. Présence d'au moins un agent formé en counselling			
	51. Existence d'un local adéquat pour le counselling			
	52. Existence d'un registre de collecte de données correctement et complètement rempli pour le counselling			

	53. Existence d'un registre de collecte de données correctement et complètement rempli pour le dépistage				
	54. Matériel IEC/CCC disponible				
	55. Ce qu'il faut faire quand le dépisté ne revient pas pour les résultats				
HD	56. Ce qu'il faut faire quand le patient sous traitement est perdu de vu				
	Points TOTAUX- 12 points maximum CSI – 2 points maximum HD				
13. TUBERCULOSE		2	1	0	
	57. Dépistage TB disponible				
	58. Conditions réunies pour le DOTS (directly observed therapy short course) - <i>Infirmier formé en DOTS, laborantin formé en dépistage,</i> - <i>Fiches de prise en charge, registre & manuel technique disponibles</i>				
	Points TOTAUX - 4 points maximum				
CSI	14. VACCINATION		2	1	0
	59. Chaîne de froid - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur - <i>Présence d'un frigo - disponibilité cahiers ou fiches de température remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite</i> - <i>Température reste entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre et sur la fiche</i> - <i>Enquêteur vérifie la fonctionnalité du thermomètre</i>				
	60. Stock de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT, PENTA - <i>Présence des fiches de stock à jour</i> - <i>Enquêteur vérifie le stock physique dans le frigo</i>				
	61. Existence de seringues - <i>autobloquantes – au moins 30</i> - <i>pour dilution – au moins 3</i>				
	Points TOTAUX – 6 points maximum CSI – 0 points maximum HD				
15. CONSULTATION PRE-NATALE – CONSULTATION NOURRISSON		2	1	0	
CSI	62. Fiches CPN disponibles et bien remplies <i>Enquêteur vérifie 5 dernières fiches</i> <i>Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernières Règles (DDR)</i> <i>Labo : Albuminurie – Glucose – BW...</i> <i>Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utérine), Présentation, mouvement fœtal.</i>				
CSI	63. Registre de la CPN disponible et bien rempli <i>Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR), bien rempli incluant problématique et action prise</i>				
	64. Fiches CN disponibles et bien remplies				
	65. Registre de la CN disponibles et bien remplies				
CSI	66. Existence de Crenam				
HD	67. Existence de Creni				
	Points TOTAUX – 10 points maximum CSI – 6 points maximum HD				

TOTAL GLOBAL CSI-1 = / 100

TOTAL GLOBAL CSI-2 = / 106

TOTAL GLOBAL HD = / 106

AUTRES COMMENTAIRES

Questionnaire Responsable FS

Informations Générales

Date

Nom de l'enquêteur

Nom de la Région/District Sanitaire/.....

Nom de FS/Quartier/.....

Nom interviewé(e)/Fonction/.....

Durée à ce poste

No. téléphone/E-mail:/.....

Questions générales

1. Cette FS est-t-elle publique, confessionnelle, ONG ou Privée?
2. Quelle est la population cible?
3. Combien de kilomètres est la distance la plus éloignée du CSI?
4. Combien de patients reçoit la FS en moyenne par jour ?

Les ressources humaines

5. Combien d'agents dans cette FS et quelles fonctions?

TITRE	Responsable	IDE	IC	SFDE	AS	Manœuvre	Fille de Salle	Gardien	Perceptrice	
N ^{bre}										

6. Est-ce selon les normes de MSP? Si non, quelle est la différence ?
7. Quelle est la fréquence de changement du staff/mobilité pendant 2011 ?
8. Qui paye les salaires de vos agents ? Y a-t-il des bénévoles ?
9. Quel est votre salaire net actuellement?
10. Combien faut-t-il augmenter au salaire pour vivre plus confortablement dans ce DS ?

Les intrants

11. Quelles sont les autres ressources financières de la FS? (recouvrement, mutuelles/ assurance, etc.) et quel est le montant de ces recettes en moyenne par mois?
12. La FS reçoit-elle des intrants/dons en nature d'autres sources? Si oui, lesquels ? De quelles sources ?
13. Comment les médicaments arrivent-ils à la FS? Combien de temps ça prend entre la commande et la livraison ?
14. Combien de fois y a-t-il des ruptures de stock ? Durée ? Quelle molécule ?
15. Vous est-t-il permis de commander des médicaments dans le privé en cas de rupture/Spécialité ?
16. L'équipement nécessaire pour offrir le PMA/PCA est-il présent ?
17. Avez-vous reçu une formation sur la gestion (financière) ?

Les services

18. Est-ce que la FS offre tout le PMA/PCA ? Si non, quels services manquent-ils ? Et pourquoi ?
19. Avez-vous un système de suivi des patients référés? Et contre-référés ? Quelles sont les difficultés à ce niveau ?
20. Quelles sont les heures d'ouverture de la FS actuellement? Que font les patients après les heures de d'ouverture ?
21. Quels sont les prix des services, qui ne sont pas gratuits (consultation/admission) ? Quels services sont inclus dans le prix pour la consultation/admission ?
22. Que pensez-vous de la gratuité ?
23. Pour quel pourcentage de la population ces coûts ne sont-ils pas abordables ?
24. Y a-t-il un système de dérogation pour les indigents ?
25. Avez-vous un compte bancaire ? Si oui, y a-t-il des problèmes à ce niveau ?

Supervision

26. Combien de fois l'ECD/DRSP vient pour vous superviser?
27. Quelle est la durée moyenne de chaque supervision et que font-elles exactement?
28. Utilisent-t-elles une grille de supervision ?
29. Font-elles une restitution ? Est-ce qu'elles discutent les résultats avec vous ? Et la prochaine fois, demandent-elles ce que vous avez fait avec les recommandations ?
30. Recevez-vous des rapports de supervisions ?
31. Est-ce utile, la supervision ? Pouvez-vous donner un exemple comment cela a-t-il changé votre manière de travail ?
32. Combien de Cases de Santé (CS) avez-vous à superviser ? A quelle fréquence superviser-vous ces CS ?
33. Que gagnez-vous, en termes de motivation, à faire la supervision des CS ?
34. Quel est le paquet de la foraine / stratégies avancées ?
35. Que gagnez-vous, en termes de motivation, à faire les sorties foraines / stratégies avancées ?

Autres questions

36. Tenez-vous des réunions avec votre personnel (staff) ? A quelle fréquence ? De quoi décidez-vous ?
37. Le Comité de Gestion (COGES) est-il fonctionnel ? Quels sont les membres ? Combien de fois le COGES se rencontre ? Y-a-t-il une valeur ajoutée ?
38. Avez-vous des Relais Communautaires ? Si oui, quelles sont leurs fonctions? Est-ce que le CSI les supervise/ forme?
39. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de gestion du personnel ? / Dans votre travail en général ?

Questions sur le PBF

40. Avez-vous déjà entendu parler du Financement Basée sur la Performance ? Avez-vous entendu parler de GAR ou Gestion Axée sur les Résultats (Prime de motivation) ou d'autres initiatives d'incitations ?
41. Sont-ils déjà en application dans votre aire de santé? Si oui, quelle est votre expérience ? Qu'en pensez-vous ?
42. Y a-t-il des Associations Locales dans votre aire de santé ?
43. Si vous aviez 200.000 FCFA en plus chaque mois, qu'en feriez-vous pour améliorer les prestations ?

AUTRES COMMENTAIRES

Questionnaire pour FS

Nom de la FS

Date

Questionnaire SNIS CS

Informations générales

Date -----

Nom de l'enquêteur -----

Nom de région /district -----/-----

Nom de FS/Quartier -----/-----

Nom/Prénom de l'interviewé -----/-----

Fonction/Durée à ce poste -----/-----

Tél./Adresse email -----/-----

1. Nombre de nouvelles et anciennes acceptrices pour la contraception moderne
2. Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié
3. Nombre de femmes qui ont fait au moins une visite CPN

AUTRES COMMENTAIRES

Questionnaire SNIS CSI

Informations générales

Date -----

Nom de l'enquêteur -----

Nom de région /district -----/-----

Nom de FS/Quartier -----/-----

Nom/Prénom de l'interviewé -----/-----

Fonction/Durée à ce poste -----/-----

Tél./Adresse email -----/-----

Questions générales pour les CSI

1. Qui s'occupent de collectes de données et de la rédaction de rapports SNIS?
2. Quels sont les supports que vous remplissez et à quelle fréquence ? Combien de temps vous prend-il de remplir ces supports ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez à propos du remplissage des supports ?
3. Les supports SNIS (PF, accouchement, la CPN et le PEV) sont-ils à jour et correctement remplis ?
Sinon, quelles sont les insuffisances constatées ?
4. Vérifier si les données sont correctement calculées ?
Sinon, lesquelles ? Demander pourquoi ils sont mal calculés
5. Vérifier si les indicateurs sont bien calculés. Sinon lesquelles ? Pourquoi sont-ils mal calculés ?
6. Y a-t-il suffisamment de supports de collecte de données ?
7. Existe-il de moyens de communication au niveau de votre service ?
Si oui, lesquels ?
8. Quels sont les mécanismes de transmission des données au niveau de district sanitaire ? Transmettez-vous les données au niveau de district sanitaire à temps ? Sinon, pourquoi pas ?
9. Y a-t-il de feedback après transmission des données ?
10. Combien de fois êtes-vous supervisés par trimestre ?
11. Qui assure la supervision ?
12. Nombre de sorties foraines réalisées au 4^{ème} trimestre 2011
Octobre :
Novembre :
Décembre :
13. Pouvez-vous me communiquer le paquet minimum pour les activités foraines
14. Quels sont les points à améliorer pour le SNIS?
15. Quelles sont vos recommandations ?

INDICATEURS : données décembre 2011

- Nombre nouvelles et anciennes acceptrices pour la contraception moderne
- Nombre d'enfants ayant reçus Penta 3 avant 12 mois
- Nombre d'enfants dépistés malnutris et récupérés

- Nombre des femmes qui ont fait au moins une visite CPN
- Nombre d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié
- Nombre des IST traités
- Nombre de femmes enceintes dépistées VIH
- Nombre des moustiquaires distribués

Questionnaire SNIS ECD

Informations générales

Date -----

Nom de l'enquêteur -----

Nom de région /district -----/-----

Nom de FS/Quartier -----/-----

NOM/ Prénom de l'interviewé -----/-----

Fonction/ Durée à ce poste -----/-----

Tel /Adresse email -----/-----

Questions générales pour le ECD (gestionnaire de données)

1. Quel est le pourcentage de supports SNIS correctement remplis?
2. Y a-t-il de centres de santé qui ne répondent pas bien ?
Si oui, pourquoi ?
3. Est-ce que c'est toujours les mêmes structures qui ne répondent pas bien ?
4. Y a-t-il des indicateurs qui ne sont pas clairs pour les FS ?
Si oui, lesquels
5. Est-ce que les indicateurs de suivi du PDS 2011 -2015 sont clairs ?
Sinon, lesquels ?
6. Existe-t-il dans votre service des matériels informatiques en bon état ?
Sinon, ils n'existent pas ou ils ne sont pas fonctionnels ?
7. Par quels mécanismes transmettez-vous les données au niveau de DRSP ?
8. Y a-t-il une connexion Internet au niveau de votre service ?
Existe-t-il des ruptures de connexion Internet ?
9. Quel sont les méthodes alternatives ?
10. Y a-t-il de feedback après transmission des données ?
11. Quel est le taux de promptitude pour le 4ème trimestre de l'année 2011 ?
12. Quel est le taux de complétude pour le 4ème trimestre de l'année 2011 ?
13. Combien de fois êtes-vous supervisées par an ?
14. Qui assure cette supervision ?
15. Est-ce que cette supervision est formative ?
Pouvez-vous justifier cette réponse ?
16. Quels sont les points à améliorer ?
17. Quelles sont vos recommandations ?

AUTRES COMMENTAIRES

Indicateurs (dernier trimestre de l'année 2011)

- Taux de couverture en Penta 3
- Taux d'utilisation de la PF
- Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié
- Taux de succès thérapeutique (guérison) de la TBC
- Taux de césarienne
- % de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile)

Questionnaire SNIS HD

Informations générales

Date -----

Nom de l'enquêteur -----

Nom de région /district -----/-----

Nom de HD -----

Nom/Prénom de l'interviewé -----/-----

Fonction / Durée à ce poste -----/-----

Tél. /Adresse email -----/-----

Questions générales pour les HD

1. Qui s'occupent de remplissage de fiches de collectes de données et de la transmission de données ?
2. Existe-t-il un registre à jour et correctement rempli ?
3. Vérifier si les données sont correctement calculées. Sinon, lesquelles ? Pourquoi sont-ils mal calculés ?
4. Vérifier si les indicateurs sont correctement calculés? Sinon, lesquels et pourquoi ?
5. Existe-t-il des moyens de communication ? Si oui, lesquels ?
6. Les données sont-elles transmises à temps ? Sinon, pourquoi pas ?
7. Y a-t-il de feedback après transmission des données ?
8. Y a-t-il suffisamment de supports de collecte de données ? Sinon, pourquoi pas?
9. Combien de fois êtes-vous supervisés par trimestre ?
10. Qui assure la supervision ?
11. Quels sont les points à améliorer ?
12. Quelles sont vos recommandations ?

AUTRES COMMENTAIRES

INDICATEURS : données décembre 2011

- Nombre de décès intra hospitalier des enfants de moins de 5 ans dans les 24 premières heures après l'admission
- Nombre de césariennes réalisées
- Nombre de molécules du panier retenu ayant connu de rupture
- Nombre des adultes et enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux
- Nombre d'enfants dépistés malnutris et récupérés au cours du 4^{ème} trimestre 2011

Annexe 5 : Programme Atelier

Programme de l'Atelier

Financement Basé sur la Performance

Vendredi 30 Mars 2012 RESTITUTION DE L'ÉTUDE

08.30 – 09.00	Arrivée des participants
09.00 – 09.15	Ouverture officielle / <i>Secrétariat Général</i>
09.15 – 09.45	Aperçu des objectifs et méthodologie de l'étude / <i>Maria Paalman</i>
09.45 – 10.30	Résultats entretiens avec responsables des CS, CSI et HD / <i>A. Galo K.</i>
10.30 – 11.00	Pause café
11.00 – 11.30	Résultats Enquête Qualité CSI et HD / <i>Dr. Mamadou Diop</i>
11.30 – 12.00	Résultats Enquête SNIS CS, CSI, HD et ECD / <i>Mme Sakina Ocquet</i>
12.30 – 12.45	Résultats Capacité à Payer / <i>Claire Rwiyereka</i>
12.45 – 13.00	Résultats Entretiens avec les ONG / <i>Claire Rwiyereka</i>
13.00 – 14.30	Pause prière et déjeuner
14.30 – 15.00	Résultats Entretiens avec MCD / <i>Maria Paalman</i>
15.00 – 16.00	Système sanitaire au Niger vis-à-vis du FBP / <i>Maria Paalman</i>
16.00	Clôture

Samedi 31 Mars 2012 ELABORATION DU PROGRAMME PILOTE FBP AU NIGER

08.30 – 09.00	Arrivée des participants
09.00 – 09.15	Aperçu sur les aspects du Programme Pilote FBP/ <i>Maria Paalman</i>
09.15 – 09.30	Introduction Thème 1: Niveau des soins pour commencer le FBP et Les aires géographiques pilotes (combien et où) / <i>Maria Paalman</i>
09.30 – 10.00	Travaux de groupes Thème 1
10.00 – 10.30	Présentation et Discussions en Plénière Thème 1
10.30 – 11.00	Pause café
11.00 – 11.15	Introduction Thème 2: Qui fait quoi? Rôles des différents agents (agence d'achat; formation; assurance qualité; vérification des données; paiement, etc.)
11.15 – 11.45	Travaux de groupes Thème 2
11.45 – 12.15	Présentation et Discussions en Plénière Thème 2
12.15 – 12.30	Introduction Thème 3: Choix des indicateurs
12.30 – 13.00	Travaux de groupes 3
13.00 – 14.00	Pause déjeuner
14.00 – 14.30	Présentation et Discussions en Plénière Thème 3
14.30 – 14.45	Introduction Thème 4: financement et pérennité
14.45 – 15.15	Travaux de groupes Thème 4
15.15 – 15.45	Présentation et Discussions en Plénière Thème 4
16.00	Clôture