

PN.ABL 321 0111

7782

F.Y-I

REPUBLIQUE DU NIGER  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION

ANALYSE DES ASPECTS DU RECOUVREMENT DES COUTS  
DES MEDICAMENTS LORS DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE A TIBIRI  
ET DU PROJET DE MIRRIAH

Professeur Hamidou SEKOU, FED  
Docteur Jean JULVEZ, MSP/FAC  
Madame Bineta BA, USAID

23 MAI 1994

## RESUME DU RAPPORT DE LA MISSION D'EVALUATION

La recherche opérationnelle de Tibiri, terminée depuis mars 1990, a évolué vers la constitution d'un dépôt privé mais coopératif de médicaments; la notion de solidarité, incluse dans le projet initial, a totalement disparue.

A Mirriah, le Fonds, initialement prévu pour l'achat de médicaments, a été utilisé la troisième année à des travaux d'investissements. La population éloignée, qui a contribué deux fois plus que celle de la communauté urbaine, n'a que très peu bénéficié des avantages du recouvrement; l'iniquité du système est patente dans les conditions actuelles.

Quoiqu'il en soit, et indépendamment de la formulation différente des deux projets, la population a montré sa capacité contributive au financement des coûts du médicament jusqu'à 50 à 60 %. La population de Tibiri a prouvé, après une bonne sensibilisation, sa volonté de participation initiale à la prise en charge des médicaments.

En matière de gestion, celle de Tibiri a été beaucoup plus transparente que celle de Mirriah, où la population et ses représentants n'étaient nullement impliqués.

L'importance de la formation des personnels concernés, gestionnaires et infirmiers, apparaît comme un élément positif dans les deux projets.

Le volume des ressources générées est plus important, plus disponible et plus stable dans le système du paiement indirect que dans le système de paiement direct.

La budgétisation des dépenses et leur engagement est possible dès la collecte du paiement indirect, sans la disponibilité obligatoire d'un fonds initial; l'impact sur la collectivité est immédiat.

L'existence d'un fonds initial est pratiquement obligatoire dans le paiement direct, mais l'impact de ce dernier est mieux ressenti par les individus.

Malgré l'augmentation du volume des médicaments du simple au double à Mirriah grâce au fonds spécial, l'impact sur la population ne semble pas ressenti comme positif.

L'inaccessibilité aux médicaments pour certaines populations éloignées, la pratique maintenue des ordonnances au delà de la première consultation demeurent une réalité peu compréhensible.

## RECOMMANDATIONS

1. Définir clairement l'objectif du système de recouvrement des coûts et préciser sans ambiguïté l'utilisation du fonds recouvré en excluant tout investissement;
2. Sensibiliser correctement les responsables politiques, administratifs et coutumiers ainsi que toutes les couches sociales de la population concernées sur les objectifs définis en vue d'obtenir leur adhésion et leur participation effectives;
3. Maintenir au moins le niveau des contributions existantes (Budgets de l'Etat et de l'Arrondissement) au financement des actions de santé; garantir le caractère de complémentarité du fonds recouvré;
4. Créer un Comité de gestion autonome, au niveau des arrondissements, indépendant des structures administratives existantes; composer une unité fonctionnelle comprenant, outre des responsables politiques, administratifs et coutumiers, des représentants des communautés sédentaires (avec et sans dispensaire) et nomades; assurer la gestion du Fonds par un trésorier, désigné par le Comité;
5. Créer des sous-comités de gestion, au niveau des dispensaires, indépendants des structures administratives existantes, dans l'hypothèse de la mise en place d'un paiement direct; composer ces unités de manière identique à celle du point 4; assurer la collecte des fonds par un trésorier, nommé par le sous-comité et indemnisé sur les fonds collectés;
6. Former les personnels impliqués dans la gestion financière et physique des stocks
7. Assurer la transparence de la gestion par la présentation périodique de documents comptables simples et faciles à manipuler, à l'occasion de réunions avec les communautés concernées telles que définies au point 4;
8. Centraliser les Fonds recouverts sur un compte bancaire au niveau de l'Arrondissement sous la responsabilité du Comité de Gestion, ordonnateur des dépenses;
9. Définir un niveau de participation de la population, uniforme pour une même zone géographique en fonction de l'âge et compatible avec les ressources des populations;
10. Mettre en réserve une partie des Fonds recouverts, indépendamment des exercices budgétaires, afin de permettre des interventions ponctuelles en cas de situation exceptionnelle (épidémie par exemple);
11. Rendre le système plus équitable, vis-à-vis de la population résidant à plus de 10 km, en renforçant ou en organisant des visites foraines, par une intervention, en tant que de besoin, des fonds collectés sous réserve du point 1;

12. Rationaliser la prescription des médicaments, à partir d'une liste de médicaments essentiels, en définissant des stratégies de traitement par pathologie et/ou par symptôme;
13. Intégrer ces procédures de diagnostic et de soins dans les programmes de formations initiales et continues;
14. Rationaliser l'approvisionnement en médicaments par la recherche systématique du meilleur coût/efficacité des produits, et par une disponibilité suffisante pour éviter les ruptures de stock;
15. Allouer les crédits de médicaments selon les populations des départements au niveau central et des arrondissements au niveau départemental; assurer la distribution des médicaments selon le niveau d'activité des différents Centres de Soins à l'intérieur des arrondissements;
16. Assurer la stabilité du personnel impliqués dans le déroulement d'un projet et/ou, en cas de mutation, assurer une formation préalable du personnel nouvellement affecté;
17. Mettre en place un outil performant de supervision, de suivi et d'évaluation sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique, tant au niveau central, intermédiaire que local, en association avec les bailleurs de fonds impliqués;

## PLAN DU RAPPORT D'EVALUATION

- Résumé du rapport	i
- Recommandations	ii
- Table des matières	iii
1. Introduction	1
2. Objectifs de la Mission d'Evaluation	2
3. Méthodologie utilisée	
3.1. Données de base	
3.1.2. Les indicateurs d'utilisation des soins	
3.1.4. Les indicateurs de gestion	
3.1.5. Les indicateurs de sensibilisation des population	
3.1.6. Formation du personnel médical	
3.1.7. Indicateur des ressources et recouvrement des coûts	
3.2. Méthode de travail	4
3.3. Composition de l'équipe	
4. Résultats : Indicateurs d'Evaluation	5
4.1. Recherche opérationnelle de Tibiri	5
4.1.1. Données de base	
4.1.2. Comparaison de l'utilisation des services avant et pendant l'intervention	6
4.1.3. Qualité des soins	9
4.1.4. Gestion	10
4.1.5. Sensibilisation des populations	14
4.1.6. Formation du personnel	15
4.1.7. Mobilisation des ressources et recouvrement des coûts	
4.2. Projet Mirriah	18
4.2.1. Données de base	
4.2.2. Comparaison de l'utilisation des services avant et pendant l'intervention	21
4.2.3. Qualité des soins	26
4.2.4. Gestion	29
4.2.5. Sensibilisation des populations	35
4.2.6. Formation du personnel	36
4.2.7. Mobilisation des ressources et recouvrement des coûts	

5. Discussion	42
5.1. Généralités	
5.2. Sensibilisation de la population et formation du personnel	44
5.3. Approvisionnement et distribution des médicaments	46
5.4. Résultats comparés dans le domaine du recouvrement des coûts	48
6. Points forts et points faibles	50
7. Bibliographie	51
8. Annexes	52
I La situation sanitaire du Niger	
II Termes de référence et Indicateurs d'Evaluation	
III Statistiques de la CM de Mirriah	
IV Formation du personnel de DR (Projet Mirriah)	
V Questionnaires utilisés par la Mission	
VI Liste des personnes rencontrées	

## 1. INTRODUCTION

La politique de santé du Niger a été jusqu'ici basée sur le principe de la gratuité des soins pour tous les malades qui se présentent dans les formations sanitaires. L'on sait qu'il n'y a pas de médecine curative correcte sans accessibilité aux médicaments essentiels aussi, assurer en permanence la disponibilité des produits de base et à la portée de la population apparaît comme une priorité.

Mais, bien qu'ayant souscrit à l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 par le biais des soins de santé primaires, le Niger ne dispose pas aujourd'hui de moyens suffisants pour continuer à traiter gratuitement tous les malades. Il faut ajouter à cette contrainte la distance, le mauvais état des pistes, et la pauvreté qui ne permettent pas aux patients d'accéder facilement aux points de vente des médicaments pour la restauration de leur santé.

Il est donc urgent de rechercher avec les communautés concernées un système viable et réaliste leur permettant de trouver sur place, en permanence, les produits de base moyennant une contribution financière acceptable et fixée d'accord partis.

En accord avec le Ministère de la Santé Publique, deux tests pilotes ont été mis en oeuvre : l'un à Tibiri dans le département de Dosso par le Projet RESSFOP BELGE du 28/02/89 au 28/02/1990 ; l'autre par le FED en cours depuis 1987 dans l'arrondissement de Mirriah, entre dans sa 3<sup>e</sup> année et concerne quinze dispensaires.

L'un des aspects de la recherche opérationnelle de ces essais est le recouvrement partiel des coûts des soins de santé, selon deux modalités distinctes.

- 1 - Le paiement direct ou paiement par épisode de maladie.

Le malade doit payer un montant forfaitaire par épisode de maladie. (expérience de Tibiri).

- 2 - Le payment indirect : tous les résidents d'un même arrondissement doivent payer une participation annuelle destinée à la santé et une autre modique à chaque épisode de maladie par un ticket modérateur (cas de Mirriah).

Le Ministère de la Santé Publique envisage de tester ces deux options de recouvrement des coûts des soins de santé dans plusieurs arrondissements du pays. Afin de mieux concevoir ces tests pilotes il a été jugé nécessaire d'analyser et de comparer ces deux expériences si possible.

Le auteurs du présent document ont été chargés d'accomplir cette étude.

## 2.OBJECTIFS DE L'EVALUATION :

- ° Faire une analyse des deux expériences de recouvrement de coûts à Tibiri et Mirriah autant que possible afin de les comparer tant du point de vue qualitatif que quantitatif.
- ° Fournir au Gouvernement du Niger des informations en vue d'une meilleure mise au point et d'une meilleure mise en application du Projet Pilote de recouvrement des coûts non hospitaliers qu'envisage actuellement le Ministère de la Santé Publique.

## 3.Méthodologie

- ° Exploitation des documents disponibles et rencontre avec les autorités du MSP et des bailleurs de fonds (USAID, FED, COOP. Belge).
- ° Visites de terrain et collecte des données de base à Tibiri (Département de Dosso) et à Mirriah (Département de Zinder).
- ° Analyse des données et rédaction du rapport.

### 3.1.Les indicateurs d'évaluations

Afin de pouvoir comparer autant que possible les deux expériences, les indicateurs confectionnés ont été tirés parmi ceux du séminaire de Koïlo tenu en 1989 (annexe). Ils comprennent 7 thèmes ; chacun d'eux se divisent en plusieurs items permettant de décrire pour la plupart des données objectives. Ce sont :

#### 3.1.1.Les indicateurs démographiques

Ils permettent de donner une estimation de la population située dans un rayon de 10 Km des centres de soins ; la population totale de l'arrondissement avec quelques caractéristiques classiques, de sexe et d'âge ainsi que le nombre d'imposables.

#### 3.1.2.Les indicateurs d'utilisation des services pendant et avant l'intervention

Ils permettent de décrire les activités des :

- Services curatifs, notamment.  
La distribution des nouveaux consultants par sexe, âge, provenance géographique et en fonction des trois symptomatologies dominantes (fièvre ; diarrhée, toux), avant et pendant l'intervention.

- Services préventifs notamment les consultations prénatales et des nourrissons (nouveaux inscrits) en fonction des centres de soins.

### 3.1.3. Les indicateurs de qualité des soins.

Ils permettent de décrire les infrastructures sanitaires de l'arrondissement de Mirriah, les Equipes de santé villageoises, la rationalisation de l'utilisation des médicaments prenant en compte la stratégie plainte/traitement, les médicaments essentiels ou non les schemas thérapeutiques, la disponibilité des médicaments etc...

3.1.4. Les indicateurs de gestion ; notamment la procédure, les outils de gestion des stocks, l'approvisionnement (sources, moyens et coûts), la disponibilité permanente en médicaments pour les 10 pathologies les plus courantes; enfin la gestion financière décrite comme la gestion médicaments.

3.1.5. Les indicateurs de sensibilisation des populations et du personnel de santé :  
méthode, message, moyens utilisés et coût de la sensibilisation y ont été décrits.

Cet aspect de l'évaluation plus subjectif est consacré à identifier la perception, la réaction des communautés concernées et des personnels de santé.

### 3.1.6. Les indicateurs de formation du personnel médical

Ils permettent de décrire la formation de ce personnel en rapport avec le projet, sa stabilité dans le poste mais aussi la formation des gestionnaires.

### 3.1.7. Les indicateurs des ressources et recouvrement des coûts

Ils permettent de décrire le volume des ressources financières recouvrées au titre de la participation des communautés, l'affectation de ces ressources par secteur, le coût moyen, par traitement, le taux de recouvrement.

### 3.2. Méthode de travail

- date 24 /4      1) - Réunion d'information présidée par le Secrétaire général Adjoint du Ministère de la Santé Publique (MSP) et le Directeur Adjoint de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP).
- 2)- Elaboration d'un plan travail
- 3) - Collecte des documents de base :  
 - Bilan final de l'expérience de Tibiri (Dosso)  
 - Divers documents et rapports d'activités du projet FRD, Mirriah.
- 29/4-7/5      - Interviews, et observations du terrain  
 . Poste médical de Tibiri et interviews  
 . Infrastructure de l'arrondissement de Mirriah et interviews.
- 7/5/91      Retour à Niamey
- 9/5/91      Séance de travail avec le Directeur du Laboratoire de recherche de l'ONPPC, ancien responsable de l'approvisionnement en médicaments des fonctions sanitaires.
- 10/5/91      Elaboration du projet de document final.
- 23/5/91      Présentation du rapport au MSP.

### 3.3. Composition de l'équipe

Professeur HAMIDOU SEKOU, chef de Mission

Dr. Julvez Consultant Médecin spécialiste en Santé Publique

Mme Bineta Bâ, Economiste de santé, s/c REDSO/WCA Abidjan

Djibril Karmako, économiste, DEP  
 Bargagi Abdou, MI  
 Boubacar, M. Plan

— Facilitateurs

#### 4. RESULTATS

##### 4.1. INDICATEURS D'EVALUATION - VILLAGE DE TIBIRI

###### 4.1.1. DONNEES DE BASE

###### 4.1.1.1. Définition de la période étudiée

Après une phase d'étude et de sensibilisation de la population (à partir de novembre 1988), la Recherche Opérationnelle sur la participation des populations aux frais de santé s'est effectivement déroulée à Tibiri (Département de Dosso) de mars 1989 à mars 1990.

Compte tenu des données disponibles au dispensaire de Tibiri, la période 1988-1990 a pu être étudiée. Elle recouvre la durée de la Recherche.

###### 4.1.1.2. Détermination de la population

Le village de Tibiri, Chef lieu de Canton, fait partie de la Circonscription Médicale de Dogondoutchi, située à 65 km.

D'après les données de 1987, la population de Tibiri s'élevait à 5098 habitants et celle de la zone des 10 km à 27234 habitants (Source : Projet RESSFOP Tibiri, Rapport final, 1990).

En 1990, elle s'élèverait à 5555 habitants (+ 3 % par an) pour le village, à environ 15000 dans un rayon de 5 km, 29000 dans un rayon de 10 km (+ 2 % par an) et à 93019 habitants pour l'ensemble du canton.

(Source : Tibiri, Chef de Poste Administratif, 1991).

###### 4.1.1.3. Détermination du nombre de sujets imposables

Le nombre de sujets imposables serait de 2481 pour le seul village de Tibiri (44,7 %) et de 43128 pour l'ensemble du Canton (Source : Tibiri, Chef de Poste Administratif, 1991).

#### 4.1.2. COMPARAISON DE L'UTILISATION DES SERVICES AVANT ET PENDANT L'INTERVENTION

##### 4.1.2.1. Service curatif

##### 4.1.2.1.1. Fréquentation générale des services avant et pendant l'intervention

Tableau I : Evolution de l'ensemble des consultations curatives

	1988	1989	1990	1991
1er trimestre	nd	4799	5699	7343
2ème trimestre	2971	nd	3319	-
3ème trimestre	4423	6821	4522	-
4ème trimestre	4024	10338	4384	-
Total			17924	

Source :  
Dispensaire  
de Tibiri

La comparaison de la fréquentation de mars 1989 à février 1990 avec celle de la même période l'année précédente a révélé que 13360 consultants avaient été reçus contre 7267, soit une augmentation de 84 %.

Des causes particulières, telles que le changement d'infirmier major en novembre 1989 et la disponibilité des médicaments, semblent responsables de fréquentations jugées inhabituelles sinon anormales.

Après correction, " la possibilité d'obtenir des médicaments sur place, dans de bonnes conditions, a augmenté la fréquentation de 49 % ".

(Source : Projet RESSFOP Tibiri, Rapport final, 1990)

##### 4.1.2.1.2. Fréquentation par sexe avant et pendant l'intervention

Tableau II : Nouveaux consultants en fonction du sexe

	1988		1989		1990
	H	F	H	F	H/F
1er trimestre	nd		1090	1069	nd
2ème trimestre	877	846	nd		nd
3ème trimestre	1252	1547	1457	1363	nd
4ème trimestre	994	978	2042	2041	nd

Source :  
Dispensaire de  
Tibiri

#### 4.1.2.1.3. Fréquentation par âge (adulte/enfant) avant et pendant l'intervention

Tableau III : Nouveaux consultants en fonction de l'âge

	1988		1989		1990		1991	
	A	E	A	E	A	E	A	E
1er trimestre	nd		1101	3698	1136	4563	1413	5930
2ème trimestre	825	2146	nd		590	2729		
3ème trimestre	1275	3148	1371	5450	986	3536		
4ème trimestre	727	3297	1606	8732	1200	3184		

(Source : Dispensaire de Tibiri)

#### 4.1.2.1.4. Fréquentation en fonction de la distance avant et pendant l'intervention

La disponibilité des médicaments à Tibiri, qui était une des données de base du Projet, semble, par contre, n'avoir induit aucune augmentation supplémentaire de l'attractivité sur les habitants les plus éloignés.

Les résidents à plus de 10 km du dispensaire de Tibiri ne participent que pour 10 % au volume des soins.

Mais il est vrai que le Projet, centré sur l'accessibilité aux médicaments, ne comportait pas d'objectif spécifique quant à l'amélioration de l'accessibilité aux soins, puisqu'il n'existait aucune modification de la zone traditionnelle d'intervention autour de Tibiri.

Pendant la période de test, 11870 patients (soit 88,8 % de l'ensemble) provenaient du village de Tibiri.

(Source : Projet RESSFOP, Rapport final, 1990).

#### 4.1.2.1.5. Fréquentation par les indigents avant et pendant l'intervention

Il n'existe aucun critère précis de détermination de la qualité d'indigent et cette catégorie de patients (laissée à l'appréciation du Chef de Canton qui en assurait personnellement la prise en charge) n'a jamais été relevée dans les statistiques.

#### 4.1.2.1.6. Fréquentation en fonction de trois symptomatologies dominantes (Fièvre, diarrhée, toux) avant et pendant l'intervention

De mars 1989 à mars 1990, les trois pathologies dominantes (affections fébriles, respiratoires et diarrhées) ont représenté par rapport à l'ensemble des problèmes de santé :

- 80,5 % des consultations chez les enfants;

- 45 % chez les adultes où prédominent essentiellement les affections fébriles et respiratoires.

" Chez les enfants, et dans une moindre mesure chez les adultes, les affections respiratoires sont au maximum en décembre-janvier, les affections fébriles en juillet-août-septembre. La fréquence des diarrhées est pratiquement constante.

En conclusion, il est indispensable de prévoir le stock maximum d'anti-paludiques pour les mois de saison des pluies, et de s'assurer d'avoir en réserve des antibiotiques en quantité suffisante dès l'arrivée de la saison froide "

(Source : Projet RESSFOP Tibiri, Rapport Final, 1990)

#### 4.1.2.2. Consultations prénatales

Tableau IV : Evolution trimestrielle des consultations prénatales

	1988		1989		1990		1991	
	Nouv	Total	Nouv	Total	Nouv	Total	Nouv	Total
1er trimestre	201	430	276	487	179	401	198	447
2ème trimestre	155	363	nd	nd	138	367	-	-
3ème trimestre	216	445	223	415	218	412	-	-
4ème trimestre	243	690	181	353	230	472	-	-
TOTAL	815	1928			765	1652		

(Source : Dispensaire de Tibiri)

Mais le Projet ne comportait pas d'objectif spécifique concernant la pratique préventive et il paraît difficile de relier ces données au déroulement du Projet.

#### 4.1.2.3. Consultation des Nourrissons

Tableau V : Evolution des consultations de nourrissons

	1988	1989	1990	1991
1er trimestre	426	329	342	372
2ème trimestre	262	nd	342	
3ème trimestre	273	248	167	
4ème trimestre	346	266	406	
total	1307		1257	

Source : Dispensaire de Tibiri

### 4.1.3. QUALITE DES SOINS

#### 4.1.3.1. Services offerts aux populations dans la zone d'intervention. Types de services et bénéficiaires

Le Dispensaire Rural de Tibiri assure les consultations curatives, les consultations maternelles et infantiles y compris la Planification familiale, la Récupération nutritionnelle, les Vaccinations; dépourvu de secteur d'hospitalisation, il prend néanmoins en charge les accouchements. Les activités d'éducation pour la santé, d'hygiène et d'assainissement y sont également dispensées.

(Source : DDS Dosso, Rapport d'Activités 1989)

#### 4.1.3.2. Rationalisation de l'utilisation des médicaments

##### 4.1.3.2.1. Existence de schémas thérapeutiques

Le Système "Plaintes/Traitement" (Projet RESSFOP), permettant une stratégie rationnelle de l'usage des médicaments, constituait l'une des bases de ce projet (ce système a été mis en place dans l'ensemble du département de Dosso).

Il ne comportait à l'origine que 71 produits... mais la rationalisation de cette liste s'est heurtée à différents problèmes (disponibilité de certains produits à l'ONPPC, disparité des livraisons du MSP et des dons) inflationnistes puisque la dernière liste (1990) comportait 91 produits.

##### 4.1.3.2.2. Nombre et types de médicaments (essentiels ou non essentiels) recommandés par les schémas thérapeutiques

La stratégie de l'usage de "médicaments essentiels" qui est actuellement développée par le MSP est en grande partie issue du Projet Tibiri. L'arrêté n° 096/MSP portant liste des médicaments essentiels ne date en effet que du 13 août 1990 et est donc postérieur au Projet. Le seul document disponible sur ce sujet est la liste des médicaments essentiels issue des Xèmes Journées de la Santé de Dosso, en 1988.

##### 4.1.3.2.3. Respect des schémas thérapeutiques par les prescripteurs

Le problème du changement d'infirmier en cours de Projet s'est traduit par un non respect des schémas thérapeutiques et une inflation de l'usage des médicaments.

#### 4.1.3.3. Couverture des Programmes de Lutte contre le Paludisme et les Diarrhées

La couverture était assurée a priori compte tenu de la formulation du Projet (Voir 3.4)

#### 4.1.3.4. Disponibilité en médicaments pour les 10 pathologies les plus fréquentes au niveau des formations sanitaires

L'une des bases du Projet consistait en la fourniture, par la Coopération Belge, des médicaments en fonction des besoins. Il n'existait donc pas de problème théorique de disponibilité (de nombreux problèmes pratiques de rupture de stock se sont néanmoins produits en raison de l'indisponibilité des médicaments à l'ONPPC).

#### 4.1.3.5. Temps moyen d'attente à la consultation avant et pendant l'intervention

Compte tenu des paramètres du Projet, ils ne pouvaient intervenir sur le temps d'attente à la consultation sinon en l'allongeant compte tenu de l'augmentation de l'activité.

#### 4.1.3.6. Temps et coût de déplacement moyens pour obtenir les médicaments prescrits avant et pendant l'intervention

Avant l'intervention du Projet, le dépôt de médicaments le plus proche de Tibiri se situait à Koré Mairoua, à 27 km, et la Pharmacie populaire la plus proche à Dogondoutchi, à 65 km (1400 Fcfa en taxi).

### 4.1.4. GESTION

#### 4.1.4.1. Gestion des Médicaments

##### 4.1.4.1.1. Description de la procédure

Toutes les entrées de médicament, quelle que soit leur origine physique ou financière (MSP, Projet, ONG ou achat par la Coopérative), ont été consignées dans un stock unique pendant toute la durée du Projet.

L'approvisionnement en médicaments du Projet a été géré par le Projet RESSFOP en ce qui concerne l'achat à l'ONPPC et le transport à Tibiri.

Les sorties de médicaments n'étaient faites que vers le dispensaire, d'après les bons établis par l'Infirmier Major. Chaque sortie correspondait à la quantité nécessaire à plusieurs jours de fonctionnement.

##### 4.1.4.1.2. Médicaments en stock (Nombre, Médicaments essentiels, Nom générique, Conditionnement)

La liste initiale de médicaments issue de la stratégie "Plaintes/Traitements", complétée pour les pathologies hors stratégie, comportait 71 produits; elle a été rallongée au cours de l'expérience en raison de médicaments de substitution liés aux produits disponibles à l'ONPPC, des autres produits reçus dans la dotation du MSP ou des dons. La liste définitive s'établit à 91 produits.

4.1.4.1.3. Approvisionnement (Sources, Moyens, Coût)

Tableau VI : Bilan financier des apports en médicaments

Sources	Financements	%
Projet	5 850 232	89,5
MSP/CM	436 435	6,7
Dons	249 223	3,8
Total	6 535 890	100,0

Il importe cependant de noter que sur la base du budget de médicaments de l'Arrondissement de Dogondoutchi pour 1989 (9135000 Fcfa), la part qui serait revenue au Canton de Tibiri, compte tenu d'une population estimée à 90222 habitants la même année, serait de 2226216 Fcfa... Ainsi, l'existence du Projet a très nettement diminué la participation du MSP en médicaments. (Source : DDS Dosso, Rapport d'Activités 1989).

4.1.4.1.4. Fiche de stock (Existence de fiches, Tenue à jour, Niveau de seuil maximum et minimum)

Une fiche de stock existait pour chaque produit comportant, outre le nom du produit, les quantités selon les dates d'entrée et de sortie; sont également notées une "quantité maximale" (= moitié de la consommation annuelle) et une "quantité de réserve" (= quart de la consommation annuelle).

Le gestionnaire, choisi par la population, est chargé de la tenue à jour de ce fichier de stock et du suivi des quantités de réserve minimale.

4.1.4.1.5. Disponibilité permanente en médicaments pour les médicaments utilisés dans les 10 pathologies les plus fréquentes (Rupture de stock, Motif de la rupture de stock, Durée de la rupture)

Le problème ne se pose pas en théorie compte tenu que la disponibilité en médicaments était assurée par le Projet.

Il n'en a pas été de même en pratique en raison du nombre de ruptures de stock se sont produites à l'ONPPC.

#### 4.1.4.2. GESTION FINANCIERE

Au niveau de Tibiri la gestion financière pendant la période d'essai (Mars 1989-Fév. 1990) a été facilitée par l'Assistance Technique de la coopération belge.

De Mars 1989 à maintenant, la population de Tibiri a pris l'initiative de transformer la pharmacie en un "dépot coopératif". Durant ces deux différentes phases, ce sont les mêmes personnes au niveau local qui ont assuré la gestion financière.

##### 4.1.4.2.1. LA DESCRIPTION DE LA PROCEDURE DE GESTION

L'infirmier major est le premier à percevoir les fonds dès que les malades paient leurs consultations ; il verse ces fonds au responsable du stock (ou gestionnaire) qui a été choisi par le comité de gestion. Notons que le comité de gestion est composé, du chef de poste administratif, du chef de canton, de l'infirmier major et de deux commissaires au compte (un député national et le directeur du CEG) plus huit (8) autres membres. Le gestionnaire doit à son tour vérifier l'exactitude des sommes qui lui sont versées grâce aux reçus.

L'argent est gardé transitoirement dans une caisse (ou coffre) qui se trouve dans le bureau du gestionnaire et ensuite déposé dans le compte d'épargne de la coopérative.

Tout retrait de fonds exige la co-signature du chef de poste et du chef de canton qui sont les responsables des finances de la coopérative.

Tous les documents comptables sont mis à la disposition des commissaires au compte (notons que durant la période d'essai, c'est le représentant de la coopération belge qui jouait le rôle de commissaire au compte).

Le gestionnaire tient sa comptabilité au jour le jour et à la fin de l'année un bilan financier est dressé afin de voir la situation financière (Recettes/Dépenses).

##### 4.1.4.2.2. LES OUTILS DE GESTION

Les outils de gestion au niveau de Tibiri sont les suivants :

- Les carnets de prescription ou reçus qui permettent de contrôler si les quantités de médicaments délivrées aux patients sont conformes à celles comptabilisées sur le cahier de réquisition et si les sommes remises au gestionnaire correspondent bien aux paiements effectués par les malades.

- Le carnet de quittance ou carnet de versement des sommes perçues par l'infirmier major au gestionnaire.

-Le cahier de caisse où est inscrit les sommes "encaissées" par le gestionnaire.

-Le cahier de réquisition utilisé lors de l'approvisionnement du PM en médicaments et aux sorties de médicaments.

-Le cahier de dépôt où est mentionné tous les dépôts et retraits d'argent au niveau du compte d'épargne de la coopérative.

Tous ces outils de gestion sont bien tenus à jour.

#### 4.1.4.2.3. CONTROLE FINANCIER

Durant la période d'essai le contrôle financier était assuré tous les 15 jours par le représentant de la coopération belge basé au Ministère de la Santé Publique.

Actuellement les commissaires au compte effectuent le contrôle.

#### 4.1.4.3. COUT DE LA GESTION

Au niveau local durant la période de test, le gestionnaire avait une prime annuelle de 140.000 FCFA (10.000 FCFA /mois); Notons que le gestionnaire avait été payé deux mois supplémentaires, un mois avant et un mois après le test. Après cette période le gestionnaire a une prime annuelle de 240.000 FCFA.

Le coût des outils de gestion est supporté par la coopération belge et est estimé à 500.000 FCFA l'année. Le coût des déplacements du gestionnaire est de 21.000 FCFA l'année.

Le coût des déplacements (de Niamey à Tibiri) du représentant belge est estimé à 846.000 FCFA (prix du carburant pour effectuer 24 déplacements l'année; 600 km Niamey-Tibiri-Niamey; 235F/L; 25 l au 100; coût =  $150 \times 235 \times 24 = 846.000$  FCFA); ce coût sera considéré comme un coût de supervision. Les activités de gestion ont un peu affecté les capacités de l'infirmier major à traiter les patients dans la mesure où celui-ci consacre un certain pourcentage de son temps de travail à percevoir les sommes versées par les malades et ensuite à faire le point avec le gestionnaire.

#### 4.1.5. SENSIBILISATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE .

- Description de la méthode utilisée :

Au niveau du village de Tibiri, selon le comité de gestion, la sensibilisation a débuté par plusieurs contacts entre les animateurs du projet et les responsables politiques, administratifs, et coutumiers, mais aussi la population du village.

Puis, le Chef de canton a pris le relai. Ainsi, il aurait tenu plusieurs réunions avec les différentes couches sociales de son village pour renforcer leur prise de conscience sur les but et objectifs du projet, susciter leur intérêt pour cette expérience, et en expliquer les contraintes, mais aussi les avantages pour les communautés.

C'est aussi le Chef de canton qui s'est rendu de village en village pour transmettre le même message à ses administrés. Les Chefs de village se sont chargés à leur tour de la sensibilisation de leurs ressortissants.

Ces divers contacts apportèrent l'assurance de la collaboration de la population du canton et de leur acceptation du paiement direct des coûts partiels des soins par épisode de maladie.

Les réponses au questionnaire que nous avons soumis aux personnes rencontrées (membres du comité villageois de gestion, plusieurs femmes) corroborent ces faits.

Nous avons relevé notamment :

- que dans le village, les uns et les autres ont été informés du projet par les autorités ci-dessus mentionnées ;
- que la gestion des fonds et des stocks de médicaments par la collectivité est une procédure bien perçue à tous les niveaux : le projet apparaît comme leur propriété.
- que la disponibilité des médicaments sur place permet de bénéficier des soins à tout moment, et de supprimer désormais les frais coûteux (1.400 Frs CFA) de transport aller-retour de Tibiri au point de vente des produits le plus proche (Doutchi = 130 Km)
- qu'enfin, les avantages de cette initiative l'emportent sur ses inconvénients, et qu'elle mérite d'être proposée partout où cela est nécessaire.

#### 4.1.6. FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL

DESCRIPTION DE LA PROCEDURE : Utilisation des stratégies "plainte/traitement"

Parmi les conditions du Test définies au point 1.3 du Bilan final de l'expérience de Tibiri figure la formation du personnel médical.

Le responsable du poste médical de Tibiri, anciennement Chef de la CM de Loga a déjà bénéficié de l'utilisation des stratégies "Plainte-Traitement" comme tous les infirmiers chefs de dispensaires ruraux dans le département de Dosso. Cette démarche a été initiée dans ce département par l'assistance technique Belge.

Les stratégies "Plainte-Traitement" sans constituer une panacée, représentent un outil fort utile permettant à l'infirmier de suivre à partir de la plainte du patient une démarche diagnostique logique qui appelle selon les cas identifiés, soit un traitement sur place, soit une référence à un niveau supérieur pour bilan et prise en charge. Il est certain que la grande mobilité du personnel peut avoir des conséquences défavorables sur le bon fonctionnement des tests pilotes : c'est le cas lorsqu'on déplace un agent opérationnel de la zone du projet pour y affecter un autre non initié aux stratégies "Plaintes-Traitement".

#### 4.1.7. MOBILISATION DES RESSOURCES ET RECOUVREMENT DES COUTS A TIBIRI

##### 4.1.7.1. SOMME PAYEE PAR CONSULTANT ET REVENUS BRUTS

A Tibiri, rappelons le, le paiement direct par épisode de maladie a été pratiqué durant la période test. Les sommes perçues sont de 200 FCFA par adulte et 100 FCFA par enfant. A partir du 1er Janvier 1990 les prix ont été augmentés à 100%; le prix adulte devient donc 400 FCFA et le prix enfant 200 FCFA. Au mois de Février de la même année, le tarif préférentiel pour les enfants des écoles fut supprimé et les cas de MST deviennent payants au tarif de 2000 FCFA l'injection.

Les revenus bruts au 29 Février 1990 étaient égaux à 2.367.300 FCFA.

Tableau VII : Distribution mensuelle Recettes/Dépenses

	DEPENSES	RECETTES	NBRE CONS	RAP.MOYEN	COÛT MOYEN	DEFICIT	AUGMENTATION A APPLIQUER
MARS	478350	242900	1540	158	311	235450	97%
AVRIL	255579	146900	900	163	284	108679	74%
MAI	157489	147800	900	164	175	9689	7%
JUIN	209771	104100	650	160	323	105671	102%
JUILL.	237232	133100	800	166	297	104132	78%
AOUT	367335	257100	1600	161	230	110235	43%
SEPT.	345718	198800	1350	147	256	146918	74%
OCT.	359840	218900	1500	146	240	140940	64%
NOV.	547024	174700	1150	152	476	372324	213%
DEC.	661517	208600	1350	155	490	452917	217%
JANV.	532800	272000	950	286	561	260800	96%
FEVR.	282259	262400	850	309	333	19859	8%
TOTAL	4434914	2367300					

Source : Bilan Final Expérience de Tibiri-Projet RESSFOP Mars 1990

Commentaire Tableau 1:

Grâce à l'assistance belge, tout le système de gestion a été informatisé. Ainsi dans le tableau ci-dessus nous avons les consommations effectives en médicaments (Projet-Etat-Dons), les recettes, le nombre de nouveaux consultants, le rapport moyen qui est égal aux recettes divisées par le nombre de consultants ie les recettes moyennes par consultant, le coût moyen est égal aux dépenses divisées par le nombre de consultants ie la consommation en médicaments par consultant, le déficit (dépenses-coûts) et enfin l'augmentation à appliquer qui est le pourcentage du déficit par rapport aux recettes.

Déjà en Décembre ce bilan partiel a été présenté par le représentant belge aux membres du comité de gestion Le comité, voyant le déficit s'aggraver, a pris la décision de multiplier les tarifs de consultation par deux, de faire payer les injections (MST) et de supprimer les tarifs préférentiels pour les écoliers; Cette décision a entraîné une réduction du déficit durant les mois de Janvier à Février.

4.1.7.3. LES DEPENSES PAR SECTEURS

Tableau VIII : Ventilation des dépenses par secteur

RUBRIQUES	DEPENSES	SOURCES
Médicaments : (effectivement consommés)	4434914	MSP/AS-Projet-Dons
Gestion( outils + dépl. gest.)	521000	Projet Belge
Supervision	846000	Projet
Rémunération	140000	Projet
Sensibilisation Collectivités/Chefs de canton	20000	
Formation *	-	Projet
<u>TOTAL</u>	5961914	

\* Le représentant belge profitait de ses visites sur le terrain pour former le gestionnaire.

4.1.7.4. COUT MOYEN PAR TRAITEMENT AVANT/PENDANT INTERVENTION

Avant le Projet, le coût moyen par traitement n'a pas été calculé. Mais en 1986 une étude de coût des médicaments entreprise au dispensaire de Harikanassou (Département de Dosso) montrait que le coût moyen d'un traitement était 110 F lorsque l'infirmier suit strictement les traitements préconisés dans les stratégies "PLAINTES-TRAITEMENTS". En 1987 une réactualisation des coûts a permis d'évaluer le coût de traitement à 150 F pour adulte et 50 F pour enfant.

La consommation de médicaments par consultant avant le projet peut-être estimée à 94 F; Ce chiffre est obtenu en divisant la valeur des médicaments fournis par le MSP/AS (436435 F) plus la valeur des dons le tout divisé par le nombre de consultants de 1988 (7267); Le budget Etat est très faible; Il ne représente que 7% des dépenses totales en médicaments.

Pendant la période test, si on fait la moyenne annuelle des différents coût moyens mensuels (ref: Tab1) on obtient un coût moyen de 331 FCFA;

Ce coût peut-être considéré comme le coût moyen par traitement pendant la période test du Projet.

#### 4.1.7.5. TAUX DE RECOUVREMENT

Le taux de recouvrement global =  $\frac{\text{Revenus bruts}}{\text{Somme Dépenses/secteur}}$

$$T1 = \text{taux} = \frac{2367300}{5961914} = 40\%$$

Le taux de recouvrement des médicaments = t2

$$T2 = \frac{\text{Revenus bruts}}{\text{Dépenses en médicaments}} = \frac{2367300}{4434914} = 53\%$$

Notons qu'au niveau des dépenses par secteur, le budget de l'Etat n'a pas été inclus sauf pour les médicaments; l'Etat continuera à supporter les charges en personnel et en fonctionnement.

#### 4.1.7.6. MECANISME DE SELECTION DES INDIGENTS

Il n'y a pas de mécanisme de sélection à proprement parler mais les populations se connaissent et savent se prononcer sur le degré de pauvreté des gens; Elles jugent si telle ou telle personne est complètement démunie ou pas. A Tibiri le chef de canton nous a fait savoir que rares sont les gens qui ne peuvent pas payer et même si le cas se présente, c'est lui qui paie pour la personne en question.

#### 4.1.7.7. SELECTION D'EFFETS PERVERS PAR LE SYSTEME DE RECOUVREMENT DE COUT

A la suite de l'augmentation des tarifs du simple au double, il y a plus de cas graves que de cas mineurs qui se présentent au dispensaire; Les moins malades restent soit à la maison soit vont voir les ESV qui demandent moins pour les soins.

#### 4.1.7.8. MECANISME DE SELECTION DES GESTIONNAIRES

Le comité de gestion choisit le gestionnaire qui est en général jugé par la population comme étant un homme intègre et correct.

#### 4.1.7.9. PROBLEMES RENCONTRES PAR LE GESTIONNAIRE

Le gestionnaire nous dit ne pas avoir rencontré de problèmes dans l'exécution de ses différentes tâches. Il précise qu'il est très content de sa formation et que malgré son salaire peu élevé, il est fier d'être gestionnaire; Le poste qu'il détient lui permet "d'être connu".

#### 4.1.7.10. L'ORDONNATEUR DES DEPENSES

Durant la période test, l'ordonnateur des dépenses était le représentant de la coopération belge; Aucune dépense n'a été effectuée sur les recettes du dispensaire.

#### 4.1.7.11. PERIODICITE DES DEPENSES

Les dépenses s'effectuent mensuellement.

#### 4.1.7.12. COMMENT L'ARGENT EST GARDE

Il existe un compte d'épargne ouvert par la coopérative où l'argent est déposé, l'argent est gardé d'abord dans une caisse (dont la clé est gardée par le gestionnaire) au niveau du dispensaire avant d'être déposé.

### 4.2. INDICATEURS D'EVALUATION - ARRONDISSEMENT DE MIRRIAH

#### 4.2.1. DONNEES DE BASE

##### 4.2.1.1. Définition de la période étudiée

Compte tenu des données disponibles et d'un certain nombre d'études déjà réalisées sur l'arrondissement de Mirriah, la période retenue est celle de 1986 à 1990.

##### 4.2.1.2. Détermination de la population

L'arrondissement de Mirriah, dont la population est à majorité sédentaire, est le plus peuplé du département de Zinder.

Tableau IX : Population estimée (1990) dans la zone des 10 km autour des centres de soins

Dispensaires	De 0 à 5 Km	De 5 à 10 Km	TOTAL
Koléram	7 430	4 280	11 710
Guidimouni	11 096	2 148	13 245
Droum	3 697	6 623	10 321
Mirriah	16 798	16 662	33 460
Gouna	11 103	9 960	21 062
Tirmini	4 790	10 096	15 299
Takiéta	2 403	6 095	8 497
Kassama	3 982	7 960	11 941
Dogo	6 891	7 064	13 955
Raffa	2 266	5 494	7 761
Damagaram Takaya	4 405	2 227	6 633
Toumnia	5 929	10 241	16 470
Zermou	8 017	8 451	16 468
Baboul	4 062	2 638	6 700
<b>TOTAL</b>	<b>92 869</b>	<b>99 939</b>	<b>188 902</b>

Source : Projet FAC 336/CD - DDS Zinder (estimation réalisée à partir des résultats provisoires du recensement de 1988 avec un taux de progression annuel de 3,1 %)  
Le dispensaire rural de Mazamni, ouvert en janvier 1991, n'a pas été pris en compte.

La population totale de l'arrondissement de Mirriah est estimée, en 1990, à 446 789 habitants :

- la répartition par sexe est de 217 963 hommes (48,8 %) et 228 826 femmes (51,2 %);
- du point de vue de l'âge, 17,15 % de la population a moins de 5 ans (38,73 % moins de 15 ans).

57,7 % de cette population réside à plus de 10 km d'un Centre de soins.

Les taux de croissance estimés sont de 2 % pour la population urbaine et sédentaire et de 1,4 % pour la population nomade.

Il existerait donc une lente diminution relative de cette dernière population qui réside essentiellement dans la zone située à plus de 10 km d'un Centre de soins.

#### 4.2.1.3. Détermination du nombre de sujets imposables

Tableau X : Arrondissement de Mirriah. Evolution du nombre de sujets imposables

Années	Imposables	% augment.	% Population
1989	219 092		50,6
1990	223 491	+ 2,0 %	50,0
1991	224 838	+ 0,6 %	42,0

Source : Sous-Préfecture de Mirriah (Agent Spécial)

Ces données sont tout à fait compatibles avec les hypothèses de départ du Projet (cf. annexe 5, Projet de renforcement et d'amélioration des services de santé de la circonscription médicale de Mirriah, 1987).

#### 4.2.2. COMPARAISON DE L'UTILISATION DES SERVICES PENDANT ET AVANT L'INTERVENTION

##### 4.2.2.1. Service Curatif

##### 4.2.2.1.1. Fréquentation générale des Services curatifs avant et pendant l'intervention

L'ensemble des données disponibles, récoltées par trimestre, de 1986 à 1990, sont indiquées en annexe 1. (Source : Circonscription Médicale de Mirriah/Projet F.E.D.)

Tableau XI : Evolution des consultations curatives (nouveaux consultants et visites de retour)

Année	Trimestre	Consultations	Population 0/10 km	Consultations/hab. /Trimestre Moyenne		Dispensaires
1986	1	37728	163417	0,23	0,26	11
	2	28885	164684	0,18		
	3	39580	165951	0,24		
	4	62488	167214	0,37		
1987	1	66085	168483	0,39	0,33	12
	2	45490	169779	0,27		
	3	46541	171075	0,27		
	4	50609	172370	0,29		
1988	1	67074	173706	0,39	0,45	13
	2	49458	175042	0,28		
	3	116668	176378	0,66		
	4	81996	177713	0,46		
1989	1	67679	179090	0,38	0,44	13
	2	90034	180467	0,50		
	3	85391	181844	0,47		
	4	73852	183222	0,40		
1990	1	55908	184642	0,30	0,38	14
	2	69869	186062	0,38		
	3	82926	187482	0,44		
	4	77337	188902	0,41		

Source : Annexe 1. Extrapolation des chiffres de population à partir des résultats provisoires du recensement de 1988 avec un taux linéaire de croissance annuel de 3,1 %

En dehors des fluctuations saisonnières liées à des phénomènes épidémiques, particulièrement importants en 1988 (3ème et 4ème trimestres) et 1989 (2ème et 3ème trimestres), la tendance générale est à l'augmentation des consultations curatives (rapportées à la population) avec une progression (hypothèse linéaire) de 11,8 % par an (les différences sont significatives à moins de 1 % entre 1986 et 1987 et entre 1987 et 1990). L'augmentation de la disponibilité des soins par

ouverture de 3 dispensaires supplémentaires en 5 ans (+ 27,3 %) n'a pas entraîné de multiplication de la consommation médicale en n'intervenant que modérément sur l'accessibilité.

Ainsi, le dispensaire de Mazamni, ouvert en janvier 1991, n'a eu à ce jour qu'une activité réduite : 1013 consultants en janvier, 494 en février, 269 en avril, et 404 en mars.

#### 4.2.2.1.2. Fréquentation par sexe avant et pendant l'intervention

Tableau XII : Distributions des nouveaux consultants en pourcentage selon le sexe (adultes uniquement) - période 1986-1990

Années	1er Trim.		2ème Trim		3ème Trim.		4ème Trim	
	H	F	H	F	H	F	H	F
1986	49,2	50,8	51,2	48,8	51,8	48,2	51,2	48,8
1987	51,2	48,8	49,6	50,4	48,4	51,6	58,3	41,7
1988	49,0	51,0	51,5	48,5	49,7	50,3	47,4	52,6
1989	42,4	57,6	73,6	26,4	51,4	48,6	47,6	52,4
1990	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Source : Annexe 1 (Nouveaux consultants, données concernant les adultes seulement)

Les fluctuations ne paraissent pas liées à un phénomène saisonnier...

#### 4.2.2.1.3. Fréquentation par âge (adulte/enfant) avant et pendant l'intervention

Tableau XIII : Distributions des nouveaux consultants en pourcentage selon l'âge (adulte/enfant) - période 1986-1990

Années	1er Trim.		2ème Trim		3ème Trim.		4ème Trim	
	A	E	A	E	A	E	A	E
1986	38,8	61,2	38,3	61,7	38,9	61,1	48,7	51,3
1987	43,0	57,0	42,3	57,7	46,3	53,7	40,8	59,2
1988	39,0	61,0	39,9	60,1	39,1	60,9	43,8	56,2
1989	41,8	58,2	23,1	76,9	45,3	54,7	51,4	48,6
1990	38,3	61,7	34,7	65,3	42,7	57,3	39,8	60,2

Source : Annexe 1 (Nouveaux consultants, adultes de plus de 15 ans/enfants)

L'utilisation des services de soins en fonction de l'âge montre, après pondération de l'importance respective des tranches, que les enfants (< 15 ans) utilisent, en moyenne, 2,5 fois plus les Centres de soins que les adultes.

Il n'existe pas de différence selon l'âge lors de l'épidémie de 1988 alors que pendant le 2ème trimestre 1989, l'utilisation des soins par les enfants est 5 fois plus importante que par les adultes.

#### 4.2.2.1.4. Fréquentation en fonction de la distance avant et pendant l'intervention

Le ratio formation sanitaire fixe/population est de 1/26282 habitants en 1990 pour l'arrondissement de Mirriah (1/18744 pour le département de Zinder dans son ensemble)  
(Source : DDS Zinder, Rapport d'Activités 1990).

Les données concernant l'origine géographique des patients ne sont pas systématiquement enregistrées et il n'est donc pas possible de comparer l'évolution de la situation avant et pendant l'intervention.

Une étude sur l'utilisation des services curatifs (nouveaux consultants) a néanmoins été menée pendant les 2ème et 3ème trimestres 1988 dans un certain nombre de centres de soins.

Tableau XIV : Utilisation des Services de Soins en fonction de l'éloignement (données en pourcentage de l'activité totale du dispensaire rural)

Distances	Kassama	Raffa	Tirmini	Toumia	Takieta	Moyenne
0 à 5 km	77,5	71	72,5	71,5	77	74,5
5 à 10 km	21,5	19	17	21	10	17,5
plus de 10 km	1	10	10,5	7,5	13	8

Source : Enquête Pyramide sanitaire dans l'arrondissement de Mirriah, 1990

Il paraît vraisemblable que cette tendance d'une utilisation à courte distance s'accroît en ce qui concerne les Visites de retour (qui n'ont pas été incluses dans l'étude précédente).

Tableau XV : Evolution du ratio Nouvelles Consultations/Visites de retour - période 1986-1990

	1986	1987	1988	1989	1990
1er trimestre	0,7	0,7	0,7	0,6	0,8
2ème trimestre	0,8	0,7	0,7	0,4	0,7
3ème trimestre	1,1	0,7	0,6	0,6	0,7
4ème trimestre	0,9	0,6	0,7	0,7	1,0

Source : Annexe 1

Ce ratio ne semble avoir subi aucune influence du fait de déroulement du projet ce qui, sous l'hypothèse présumée d'une utilisation maximum à courte distance, peut se traduire par le fait que l'accessibilité aux Centres de soins n'a pas été modifiée par le projet.

#### 4.2.2.1.5. Fréquentation par les indigents avant et pendant l'intervention

Outre l'imprécision relative de la notion d'indigence (aucun critère de définition), cette donnée n'est pas relevée dans les statistiques des services de soins.

#### 4.2.2.1.6. Fréquentation en fonction de trois symptomatologies dominantes (Fièvre, diarrhée, toux) avant et pendant l'intervention

Les seules données disponibles sont décrites sous les termes de "fièvres", "diarrhées" et "rhinite et toux"; ce dernier agrégat a vu son contenu évoluer lors de la mise en place du Système National d'Informations Sanitaires et l'interprétation de cet item paraît très aléatoire.

Il ne s'agit nullement de diagnostics mais seulement de "symptômes dominants" qui peuvent être intriqués pour une seule et même pathologie, particulièrement chez l'enfant. Le recueil périphérique de ces données ne répond vraisemblablement pas à des règles univoques et ces paramètres méritent donc d'être traités avec prudence dans leur aspect quantitatif; ils constituent cependant une approche intéressante de l'évolution périodique de phénomènes pathologiques dont l'identité peut être discutée.

Tableau XVI : Evolution trimestrielle des symptomatologies dominantes (exprimées en pourcentage de l'ensemble des consultations curatives)

Années	1986				1987				1988				1989				1990			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fièvre	21	18	35	34	20	15	33	21	15	13	46	39	14	15	48	35	14	11	54	24
Diarrhée	11	12	12	11	12	11	11	11	12	11	10	8	7	9	8	6	6	5	4	5
Toux	13	9	2	8	11	14	6	10	19	13	6	27	19	18	10	25	28	18	13	31

Source : Annexe 4

La distribution relative du paramètre "fièvres" est de type endémo-épidémique avec une nette recrudescence saisonnière annuelle culminant à l'occasion du 3ème trimestre et se prolongeant le trimestre suivant.

Elle représente assez fidèlement l'évolution d'un paludisme épisodique, à transmission uniquement saisonnière (directement lié à la saison des pluies). Cette affection se superpose à d'autres pathologies fébriles dont l'incidence moyenne serait de l'ordre de 15 %.

La distribution du paramètre "toux" semble également révéler une périodicité certaine, dont l'amplitude est nettement moins marquée et dont l'acmé coïncide systématiquement avec le 4ème trimestre et le 1er de l'année suivante, correspondant en cela à la saison froide.

La distribution du paramètre "diarrhées" est de type endémique à faible incidence, sans fluctuation saisonnière.

4.2.2.2. Consultation prénatale

Tableau XVII : Distributions par année des nouvelles inscrites à la consultation prénatale

Centres	1986	1987	1988	1989	1990
Baboul	76	137	89	117	85
Damagaram Takaya	74	157	144	144	196
Dogo	231	140	450	630	532
Droum	159	218	243	277	215
Gouna			65	161	339
Guidimouni	427	395	480	448	417
Kassama	212	209	183	191	222
Mirriah	663	790	714	767	857
Raffa	51	74	106	107	114
Takieta	138	154	187	274	261
Tirmini			127	124	93
Toumnia	24	89	80	74	55
Zermou	100	174	181	248	245
Consultantes < 5 km	2155	2537	3049	3562	3631
Consultantes foraines	33	131	204	104	
Total Consultantes	2188	2668	3253	3666	3631

Source : DDS Zinder, Projet FAC

4.2.2.3. Consultation des nourrissons

Tableau XVIII : Distributions par année des nouveaux consultants (Nourrissons sains) en fonction des Centres de soins

Centres	1986	1987	1988	1989	1990
Baboul	79	118	67	67	46
Damagaram Takaya	71	310	196	80	311
Dogo	99	81	450	326	271
Droum	128	87	150	103	135
Gouna			76	133	134
Guidimouni	360	356	282	311	367
Kassama	237	194	106	47	124
Mirriah	329	337	335	316	332
Raffa	111	91	71	47	101
Takieta	82	88	204	205	208
Tirmini			281	71	90
Toumnia	43	97	65	57	51
Zermou	138	217	145	159	193
Consultants < 5 km	1677	1976	2428	1922	2363
Consultants forains	848	1127	875	986	
Total Consultants	2525	3103	3303	2908	2594

Source : DDS Zinder, Projet FAC/Mirriah, Projet FED

#### 4.2.2.4. Accouchements

Le nombre de lits d'accouchements (pathologiques) était de 8 en 1986 et de 9 à partir de 1987.

Tableau XIX : Accouchements et décès maternels de 1986 à 1990

Trimestres	1986				1987				1988				1989				1990			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Accouchements	125	134	165	118	110	136	195	202	186	144	163	124	126	134	135	150	?	?	?	?
Décès maternels	1			1	1	2	2		1	1			1	1	3	1				

#### 4.2.2.5. Hospitalisations à la Circonscription Médicale

La CM de Mirriah dispose de 18 lits d'hospitalisation.

Tableau XX : Evolution des hospitalisations 1986-1988

Trimestres	1986				1987				1988			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hospitalisés	184	158	143	147	109	91	139	110	148	96	212	182
Décédés	10	7	21	15	6	11	19	12	14	16	18	36

Source : CM de Mirriah/Projet FED

#### 4.2.3. QUALITE DES SOINS

##### 4.2.3.1. Services offerts aux populations dans la zone d'intervention Types de Services et bénéficiaires

L'Arrondissement de Mirriah comporte, avec la CM de Mirriah, 1 Poste Médical et 13 Dispensaires ruraux. Tous ces Centres réalisent des consultations curatives et préventives (prénatales et nourrissons).

Outre la Maternité de la CM (9 lits), 11 Centres de soins disposent d'un lit d'accouchement.

Tableau XXI : Arrondissement de Mirriah - Infrastructures sanitaires

Localisation	Typ	Année	Source	Véhicule	Hôpital	Maternité	Isolement	Vaccinations
Mirriah	CH	1986	FED	3	18	9		
Dumagaram Takaya	PH	1986	FED	1	12	1		+
Zermou	DR	1986	FED			1	2	+
Mazamni	DR	1991	FSM			1		
Raffa	DR	1986	FED			1		
Baboul	DR	1980	Etat			1	2	
Toumnia	DR	1986	FED			1		
Koléram	DR	1990	Privé					
Guidimouni	DR	1957	Etat			1	2	+
Droum	DR	1980	USA			1	3	+
Tirmini	DR	1987	Canada	1				
Takiéta	DR	1980	Etat			1	3	+
Kassama	DR	1973	FED			1	3	+
Dogo	DR	1958	Etat			1	3	+
Gouna	DR	1988	Etat					+

Source : CH de Mirriah/Projet FED

Des ESV seraient présentes dans 186 villages, soit un taux de couverture de l'arrondissement de 33 % (Source : DDS Zinder, Rapport d'Activités 1990, données sous réserve).

#### 4.2.3.2. Rationalisation de l'utilisation des médicaments

##### 4.2.3.2.1. Existence de schémas thérapeutiques

Le système "Plaintes/Traitement" n'a pas été mis en place dans le département de Zinder, comme d'ailleurs dans les autres départements, mis à part celui de Dosso.

Néanmoins, des formations par pathologies types ont été dispensées, conduisant à la mise en place de certains "schémas thérapeutiques", mais sans édition d'un document de référence.

L'action accomplie se situe plutôt vers l'augmentation de la technicité du personnel que vers une rationalisation immédiate et systématisée de l'utilisation des médicaments.

##### 4.2.3.2.2. Nombre et types de médicaments (essentiels ou non essentiels) recommandés par les schémas thérapeutiques

Il est impossible de répondre clairement à cette question compte tenu de ce qui précède.

Au niveau de la liste de médicaments existant à la pharmacie d'arrondissement (cf. tableau XVI), seuls 8 produits peuvent être considérés comme des médicaments génériques présentés sous gros conditionnement, soit 16,3 % de l'ensemble.

Voir 4.1.2

##### 4.2.3.2.3. Respect des schémas thérapeutiques par les prescripteurs

En l'absence de document de référence sur les schémas thérapeutiques des pathologies ayant fait l'objet d'une formation, et d'évaluation antérieure précise en ce domaine, cet indicateur ne peut être utilisé directement.

L'examen d'un certain nombre d'ordonnances permet cependant de penser que certaines prescriptions (Pénicilline G en particulier) ne correspondent pas aux normes pharmacologiques d'action de ces produits.

#### 4.2.3.3. Couverture des Programmes de lutte contre le Paludisme et les Diarrhées

##### 4.2.3.3.1. Respect des schémas thérapeutiques

Le Programme National de lutte contre le Paludisme prévoit un certain nombre de protocoles dont il n'a pas été possible d'apprécier s'ils étaient respectés ou non. Il semble cependant que l'usage de la quinine ne répond pas toujours à des critères bien définis.

##### 4.2.3.3.2. Disponibilité en médicaments pour ces pathologies

En ce qui concerne le paludisme, compte tenu des statistiques disponibles (cf. tableau VIII), on peut estimer que les besoins n'ont été que difficilement couverts en 1988, tout juste couverts en 1989 compte tenu du décalage des approvisionnements et que la situation n'était satisfaisante qu'en 1990. Pour 1991, les réserves de chloroquine étant limitées (cf. tableau XXV), tout dépendra de l'approvisionnement du 2ème semestre du MSP dans la mesure où le Fonds Spécial (aux dires du Sous-Préfet de Mirriah) n'est pas en mesure de fournir des médicaments actuellement.

En matière de diarrhées, la disponibilité en SRO paraît réduite à certaines périodes.

##### 4.2.3.4. Disponibilité en médicaments pour les 10 pathologies les plus fréquentes au niveau des formations sanitaires

Voir 4.1.5.

##### 4.2.3.5. Temps moyen d'attente à la consultation avant et pendant l'intervention

Cet indicateur ne paraît nullement lié, directement ou indirectement, au déroulement du projet car la participation financière de la population, limitée à la fourniture de médicaments, ne peut influencer sur le temps moyen d'attente.

Le temps moyen d'attente constaté à la consultation curative de Mirriah est de 15 minutes; il est par contre de parfois plusieurs heures aux consultations préventives.

Mais aucun enregistrement systématique sur une période donnée ne semble avoir été réalisé.

##### 4.2.3.6. Temps et coût de déplacement moyens pour obtenir les médicaments prescrits avant et pendant l'intervention

La mise en place du Projet supposait, tout au moins, une meilleure disponibilité des médicaments et donc la limitation ou la suppression du déplacement... Cela ne semble pas avoir été le cas et, semble-t-il, la délivrance d'une ordonnance est systématique au delà de la première prescription.

Mais aucune analyse de cette pratique, qui suppose le dépouillement des ordonnanciers, ne semble avoir été réalisée de façon systématique.

Tout au plus peut-on souligner que l'évolution des chiffres d'affaires des Pharmacies et des Dépôts de médicaments (cf. tableau XIX) permet apparemment de penser que l'influence du Projet à ce niveau n'a guère persisté au delà de la première année.

Tableau XXII : Distances entre les différents Centres de Soins et la CM de Mirriah. Coût des déplacements vers le dépôt le plus proche.

Dispensaires	Goudron		Latérite		Piste		Total Kms	Dépôt Médicaments	
	Kms	%	Kms	%	Kms	%		Lieu	Coût
Baboul	80	67			40	33	120	D. Takaya	1000
Damagaram Takaya	25	25	75	75			100	sur place	
Mazamni								D. Takaya	300
Dogo			30	100			30	sur place	
Droum					35	100	35	Dogo/Zinder	800
Gouna			15	100			15	Mirriah	200
Guidimouni	50	100					50	sur place	
Kassama	25	36	45	64			70	D. Takaya	
Raffa	25	21	95	79			120	D. Takaya	250
Takiéta	74	100					74	sur place	
Tirmini	40	100					40	Zinder	200
Tounnia	30	75			10	25	40	Zinder	250
Zermou					25	100	25	Mirriah	500

Source : Enquête Pyramide sanitaire de Mirriah, 1990

#### 4.2.4. GESTION

##### 4.2.4.1. Gestion des Médicaments

###### 4.2.4.1.1. Description de la procédure

Chaque source de financement dispose de sa procédure propre de gestion de la commande et de la facturation :

- en ce qui concerne le budget de l'état, les commandes sont semestrielles; établies par le Chef de la CM, elles transitent par la DDS de Zinder puis le MSP (DAAF) et sont susceptibles, à ces deux échelons, de subir des modifications (sans que le Chef de la CM en soit obligatoirement informé). Elles sont enfin transmises à l'ONPPC Niamey.

Lors de la fourniture (le plus souvent en plusieurs envois), un certificat de réception est établi à Mirriah par le Pharmacien de Zinder par comparaison avec le bulletin de colisage; la facture certifiée conforme est adressée au MSP pour mandatement.

- en ce qui concerne le Fond Spécial Médicament la commande du Chef de la CM est soumise au Sous-Préfet de Mirriah pour accord et exécution éventuelle, soit auprès de l'ONPPC Zinder (1988), soit auprès de Pharmacies privées (1989, 1990). La livraison se fait directement à la CM et le mandatement est effectué par l'adjoint spécial.

- en ce qui concerne les commandes de médicaments du Projet FED (normalement réservées au secteur hospitalisation et maternité) la commande est concertée entre le Chef de la CM et l'assistant technique du FED, ce dernier assurant le mandatement après réception des produits par l'intermédiaire de l'ONPPC Zinder.

La gestion physique des stocks de médicaments est réalisée sans distinction de l'origine au niveau d'une "Pharmacie d'Arrondissement" qui approvisionne, de façon trimestrielle, la pharmacie de la CM et les pharmacies des Centres de soins périphériques.

L'approvisionnement de ces Centres périphériques se fait selon un système de "quotas" trimestriels qui ont été calculés en fonction de l'activité :

- Groupe I (activité = x) : PM de Damagaram Takaya, DR de Kassama, Raffa, Baboul, Toumnia et Mazamni;

- Groupe II (activité = 2x) : DR de Koléram, Gouna, Tirmini, Zermou, Takiéta, Dogo et Droum;

- Groupe III (activité = 3x) : DR de Guidimouni;

- CM de Mirriah (activité = 6x).

Ces quota mensuels restent fixes toute l'année et ne tiennent donc pas compte ni des périodes particulièrement sensibles (3ème et 4ème trimestre), ni des épidémies éventuelles.

Tableau XXIII : Dotation de base (Groupe I) [sélection]

Aspirine	2500	Bipénicilline 1M	140	Diazépam	50	SRO	20
Chloroquine	3500	Tétracycline 1 %	15	Théophylline inj.	5	Talc (g)	500
Métronidazole	500	Tétracycline 3 %	7	Primpéran	6	Mercryl (l)	1
Phénobarbital adulte	85	Benzathine-péni. 2M4	10	Quinimax 0,10	15	Sparadrap	1
Phénobarbital enfant	25	Pénicilline G	115	Glucosé 500 ml	2	Coton (Kg)	1

Source : CM de Mirriah/Projet FED

Cette dotation de base est susceptible d'évoluer compte tenu des études en cours en matière de consommation de médicaments par les différents dispensaires ruraux. Certains ont en effet une activité extrêmement faible, comme celui de Mazamni par exemple.

#### 4.2.4.1.2. Médicaments en stock

L'étude a été menée à la fois au niveau central (Pharmacie d'arrondissement) et au niveau périphérique (Poste Médical et dispensaires ruraux de la zone nord) afin d'essayer d'apprécier le potentiel disponible en ce domaine.

La dernière livraison de médicaments (commande MSP correspondant à celle du premier semestre 1991) est arrivée fin février à la CM et a été distribuée au début de mars 1991 dans

les différents dispensaires.

Dans l'hypothèse où les approvisionnements futurs seraient réguliers, le potentiel de cette dotation devrait être au moins de 4 mois pour la Pharmacie d'arrondissement et au moins de 1 mois pour chaque dispensaire.

Tableau XXIV : Evolution de l'Etat des stocks de médicaments  
Pharmacie d'Arrondissement (Stocks au 31 décembre)

Différents produits	Stock 1987	Stock 1988	Stock 1989	Stock 1990
Acide acétyl salicylique cp	9000	4000	14000	13000
Chloroquine cp 100 mg	18000	82000	5000	76000
Quinimax 10 mg inj.	650	1325	600	50
Quinimax 20 mg inj.	500	150	1100	100
Quinimax 40 mg inj.	260	1500	300	250
Cortancyl cp	0	1110	270	0
Hydrocortisone 100 mg inj.	0	35	0	0
Soludécadron inj.	310	132	15	0
Digoxine cp	0	400	0	0
Hydergine	0	16	20	0
Métronidazole cp (Flagyl)	0	450	3926	0
Mintézol cp	0	0	510	0
Furosémide cp (Lasilix)	0	0	240	20
Furosémide (Lasilix) inj.	0	0	350	5
SRO sachets	0	80	580	260
Teinture de Belladonne (l)	5,5	1,5	1	1
Adrénoxyl inj.	0	350	0	0
Sulfate d'atropine inj.	0	0	15	0
Buscopan inj.	404	48	0	0
Synthocinon inj.	0	0	0	90
Méthergin inj.	0	100	200	150
Baralgine inj.	190	0	0	0
Novalgine inj.	170	0	1250	100
Ozothine 2 ml	0	0	20	0
Ozothine 5 ml	124	0	10	0
Théophylline inj.	50	85	5	35
Ampicilline (Totapen) sirop 125 mg	0	99	0	0
Ampicilline (Totapen) 1g inj.	0	0	120	0
Auréomycine pommade ophtalmique 1 %	60	239	0	48
Auréomycine pommade dermique 3 %	56	22	0	12
Bipénicilline 1M	300	0	370	2400
Benzathine Péni. (Extencilline) 1M2	9	2	0	0
Benzathine Péni. (Extencilline) 2M4	0	0	0	0
Clamoxyl cp	0	0	960	0
Gentamycine 10 mg	0	100	95	0
Pénicilline G	0	0	2125	1700
Terramycine cp	0	0	1000	0
Tifomycine dragées	0	0	2640	150
Tifomycine inj.	475	600	450	600
INH	0	4000	3000	200
INH TB1	5000	6000	11000	1000
Steptomycine 1g inj.	75	450	150	30
Diazepam inj.	142	47	144	2100
Largactil inj.	0	60	0	100
Phénobarbital (Gardéнал) 40 mg	210	0	90	1300
Phénobarbital (Gardéнал) 200 mg	245	105	80	300
Phénergan inj.	70	0	73	0
Primperan inj.	228	0	59	78
Xylocaine inj.	16	4	12	0

Source : CM de Mirriah (Gestionnaire) [Médicaments seulement]

Un état des stocks de médicaments a par ailleurs été effectué dans certains Centres de soins de l'arrondissement afin



Ext\* = Extencilline : 1M2 en 1988-1989 et 1M4 en 1990  
 MSP = Ministère de la Santé Publique; FSM = Fond Spécial Médicaments; FED = Fond Européen de Développement; PNP = Programme National Paludisme  
 Source : CM de Mirriah/Projet FED

Afin d'étudier l'évolution dans le temps et en quantité de l'approvisionnement, l'étude a été menée pour la période 1988-1991 en utilisant 15 médicaments témoins, susceptibles de couvrir les 10 pathologies les plus fréquentes.

Il existe des fluctuations très importantes selon les deux variables étudiées, la date de livraison et la quantité livrée (et ceci ne tient pas compte du décalage entre la quantité commandée et la quantité livrée).

Tableau XXVII : Sources de financement des médicaments 1987-1991

Année	Budget Etat MSP		Fond Spécial	Appui Ve FED	Pharmacies et Dépôts de Médicaments					TOTAL	% par an		
					Mirriah	Dogo	D Takaya	Guidim.	Takiéta				
1987	7560000	1			9549415								
1988	6885610	2	5758095		7500000	3	1005755				17109415		
1989	7488245	2	5433820	1616205	6067010		1048825	712617			21149460	+ 23,6	
1990	7258616	2	8531060	979260	8774265		899970	700000	3	1764105	4697120	22371722	+ 5,8
1991*	3500000	3		1302605							33604396	+ 50,2	

(1) Budget prévisionnel (2) Budget exécuté (3) Estimation 1991\* au 1er mai 1991  
 Source : CM de Mirriah/Projet FED

Dans l'arrondissement de Matameye (Département de Zinder), la Collectivité a également financé, sur ses fonds propres, l'achat de médicaments en 1990 pour 7000000 FCfa (Source : DDS Zinder, Rapport d'Activités 1990).

Pour des raisons purement administratives liées à la clôture du budget de l'état, les reliquats de la ligne "médicaments" ne peuvent être consommés (9 % en 1988, 1 % en 1989, 4 % en 1990).

#### 4.2.4.1.4. Fiche de stock

Au niveau des pharmacies des dispensaires ruraux, la fiche de commande trimestrielle de médicaments comporte un état des stocks, mais il n'existe pas à proprement parler de fiche de stock à ce niveau. Un certain nombre de dispensaires utilisent la méthode de sous-stocks hebdomadaires ou le plus souvent mensuels afin d'éviter les ruptures prolongées.

De véritables fiches de stock existent par contre au niveau de la pharmacie d'arrondissement à Mirriah.

#### 4.2.4.1.5. Disponibilité permanente en médicaments pour les 10 pathologies les plus fréquentes

Elle n'est vraisemblablement pas assurée en ce qui concerne, en particulier, les antibiotiques qui font l'objet, de façon presque systématique, d'une ordonnance au delà de la première prescription. Et ceci explique peut être l'importance des chiffres d'affaire des pharmacies privées.

#### 4.2.4.2. Gestion financière

##### 4.2.4.2.1. Description de la procédure

Au niveau de Mirriah la gestion se fait à trois (3) niveaux:

- Pour la dotation en médicaments financée par l'Etat, la gestion se fait au niveau du MSP.

- Pour le fonds en médicaments offert par le FED, la gestion se fait au niveau du FED (par le représentant basé à Mirriah).

- Pour le fonds spécial, la gestion est faite par le conseil sous-régional de développement par l'intermédiaire de l'agent spécial placé au niveau de la sous-préfecture.

En ce qui concerne le fonds spécial, les taxes sont collectées au niveau village par les chefs de village; Ceux-ci peuvent soit verser les fonds aux chefs de canton qui à leur tour les versent à l'agent spécial ou soit aller directement verser les fonds à l'agent spécial. L'argent collecté est gardé dans un coffre-fort placé dans le bureau de l'agent spécial.

##### 4.2.4.2.2. Les outils de gestion

Au niveau de la sous-préfecture aucun outil de gestion financière n'a été mis à notre disposition.

Les montants du fonds spécial au cours des trois dernières années nous ont été communiqués oralement; Le fonds spécial est classé comme une rubrique hors-budget de la sous-préfecture.

##### 4.2.4.2.3. Contrôle financier

Le contrôle financier de toute la gestion des fonds de la sous-préfecture (y compris le fonds spécial) est effectué par un représentant du Ministère de l'intérieur au moins une fois l'an.

##### 4.2.4.3. Coût de la gestion

Au niveau de Mirriah, le gestionnaire (des médicaments) au niveau de la CM est payé par l'Etat. Le coût des outils de gestion est supporté par le Projet FED; pour l'année 1990 le coût des outils était de 427735 FCFA. (Hypothèse :50% de ces coûts peuvent être liés à la gestion des médicaments).

Le coût des déplacements effectués par le gestionnaire est pratiquement nul; Il effectue quelques rares déplacements pour se rendre à la pharmacie populaire de Zinder (20 km) pour acheter des médicaments.

Les activités de gestion n'ont nullement affecté les capacités du personnel à traiter les patients; Un infirmier est formé pour jouer le rôle de pharmacien indépendamment du gestionnaire qui s'occupe uniquement des commandes de médicaments. Toute la gestion financière du fonds spécial se fait au niveau de la sous-préfecture.

#### 4.2.5. SENSIBILISATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

Selon les personnes interviewées, la sensibilisation a été faite par les responsables administratifs, politiques et coutumiers au cours des réunions tenues dans les Chefs-lieux de canton, en présence des Chefs de villages. Ceux-ci répercutent l'information au niveau des différentes composantes de la communauté villageoise convoquées à cet effet.

Ici, le contenu du message porte sur l'augmentation de la taxe annuelle d'arrondissement en vue de constituer un "fonds spécial" médicaments. Les femmes ne se sentent pas réellement concernées, le paiement de l'impôt étant avant tout l'affaire des hommes.

Le personnel de la santé aurait été informé de la création du fonds par le DDS seulement lors du récent séminaire de formation en gestion.

Les rares enseignants interrogés semblent être au courant du projet peut-être parce que parallèlement à la constitution du "Fond spécial médicament" il était prévu aussi un fonds de soutien à l'éducation, et un autre à l'hydraulique.

La gestion du "fonds spécial médicaments" est assurée par le conseil sous-régional d'arrondissement à l'inverse de ce qui se passe à Tibiri. La population ainsi exclue de la gestion du "fonds spécial" se plaint à faire constater aux observateurs, mais aussi au personnel de la santé qu'il y avait davantage de médicaments avant le projet. Malgré la pression fiscale croissante d'année en année, elle estime que la situation se dégrade : les soins ne sont plus gratuits ; les malades bénéficient des soins d'urgence un seul jour, la délivrance des ordonnances est devenue systématique pour la suite des traitements. Le problème d'accessibilité des médicaments reste entier.

La question compréhensible qui leur vient à l'esprit est de savoir la destination du "fonds spécial médicaments"

ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE	40 %	Villageois, hommes & femmes
Echantillon : 50 personnes	34 %	Infirmiers
	26 %	Chefs de Canton/de Village
Ancienneté moyenne des infirmiers dans le Poste : 3 ans		
92 % des infirmiers connaissent le Projet/le Fonds Spécial		
et 85 % connaissent le but du Fonds Spécial		
Problèmes rencontrés :	Véhicule	23 %
	Culturel	15 %
	Matériel	15 %
	Locaux travail	15 %
92 % estiment qu'il y a eu une amélioration mais soulèvent les problèmes des épidémies et des ordonnances		

#### 4.2.6. FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL

Les infirmiers responsables des dispensaires ruraux n'ont pas eu de formation dans l'utilisation des stratégies "Plainte-Traitement". Ils procèdent avec plus ou moins de bonheur par pathologie, méthode traditionnellement utilisée par les médecins. Dans ces conditions nous ne pouvons véritablement parler d'utilisation rationnelle des médicaments.

Par contre, un séminaire de formation en gestion en rapport avec le projet a été organisé les 18 et 19 Avril 1991 pour les infirmiers responsables des dispensaires ruraux.

Les points suivants ont été abordés : (détail en annexe IV).

- La formation à la gestion pharmacie,
- Le suivi et l'évaluation des inventaires et des commandes.
- la supervision des dépôts pharmacie.
- la mise en route des ordonnances au niveau des dispensaires ruraux.

#### 4.2.7. MOBILISATION DES RESSOURCES ET RECOUVREMENT DES COUTS

##### 4.2.7.1. Somme perçue par sujet imposable

Il y a trois différents taux depuis le début du projet :

Année Budgétaire 1987-1988 (oct.-sept.)	= 35 F
Année Budgétaire 1988-1989 (oct.-sept.)	= 50 F
Année Budgétaire 1989-1990 (oct.-déc.)	= 100F
Année Budgétaire 1991 (jan.-déc.)	= 100F

##### 4.2.7.2. Revenus bruts

Tableau XXVIII : Evolution des revenus collectés

Années	Nombre d'imposable	Revenus collectés (FCFA)
1987-1988	ND	6598095 (exécuté)
1988-1989	219092	9000000 (exécuté)
1989-1990	223491	22367450 (exécuté)
1991	224838	22183900 (prévision.)

En 1988-89 les taxes sont recouvrées à 82% ( $\frac{9000000}{50 \times 219092}$ )

En 1989-90 les taxes sont recouvrées au niveau de l'arrondissement à 100%

$$\left( \frac{22367450}{100 \times 223491} \right)$$

Ce rapport est même supérieur à 100% peut-être qu'il y a eu des erreurs au niveau des données.

Il faut noter qu'à partir de l'année 1990 la commune de Mirriah collecte et gère les taxes communales de façon autonome. Dans les revenus collectés pendant cette année est incluse la somme de 167450 FCFA versée à la sous-préfecture par la commune de Mirriah comme étant sa participation au fonds spécial (la commune a eu son autonomie financière à compter de 1990). Pour l'année 1991, la commune n'a pas encore donné sa participation.

#### 4.2.7.3. Dépenses par secteur (non inclus le budget de l'Etat ~~et~~ pour les médicaments)

- Médicaments : L'Etat, le FED, les populations à travers le fonds spécial et le paiement des ordonnances au niveau des pharmacies privées et dépôts sont les principales sources de financement des médicaments consommés au niveau de l'arrondissement.

Tableau XXIX : Evolution des contributions des différentes sources depuis 1988

ANNEES	BUDGET ETAT	POPULATIONS		APPUI FED	TOTAL au niveau FS*	TOTAL y compris Pharmacie Privée + Dépôts
		FONDS SPECIAL	HORS FONDS SPECIAL			
1988	6885610	5758095	8505755	-	12643705	21149460
1989	7488245	5438820	7828452	1616205	14543270	22371722
1990	7258616	8531060	16835460	979260	16768936	33604396

\* = Formation Sanitaire

On remarque que de 1988 à 1990 le budget de l'Etat consacré aux dépenses de médicaments est resté presque stationnaire tandis que la contribution des populations au fonds spécial a augmenté de 48% et les achats en médicaments de ces mêmes populations auprès des pharmacies et dépôts ont presque doublé pendant la même période. Les dépenses totales de médicaments effectuées par les populations sont passées de 67% à 75%.

Les dépenses de médicaments au niveau des formations sanitaires ont été calculées de même que les dépenses globales de médicaments y compris les achats de médicaments des populations auprès des pharmacies et dépôts; Ces deux différentes sortes de dépenses nous permettront de considérer différents scénarios au niveau du calcul des taux de recouvrement (paragraphe 7.5.).

- Gestion, Supervision, Formation : Ces trois volets ont été financés par le FED, aucune dépense n'a été effectuée sur le fonds spécial. Le FED a dépensé :

- . 427735 F pour du papier et supports ( y compris des outils de gestion médicaments); On a estimé que 50% de ce coût est directement lié à la gestion des médicaments, d'où il a été estimé qu'une somme de 213868 F a été dépensée pour la gestion des médicaments.
- . 200000 F en moyenne pour effectuer la supervision d'un dispensaire par an ce qui entraîne un coût total de supervision de 2800000 F pour 14 DR.
- . 500000 F pour assurer la formation en gestion des médicaments des infirmiers.

Bien que ces trois volets soient financés par le FED, ils sont considérés comme étant directement liés au système de recouvrement des coûts de médicaments; Les coûts de formation ne vont pas être comptabilisés dans notre période d'étude (1988-1990) parce que la formation a été faite en 1991.

- Rémunération : Des manoeuvres ont été rémunérés sur le fonds spécial.

Tableau XXX : Rémunérations des manoeuvres

ANNEE	NOMBRES DE MANOEUVRES	REMUNERATION ANNUELLE
1988	7	840000
1989	2	240000
1990	2	240000

- Sensibilisation : Quelques activités de sensibilisation ont été effectuées par la sous-préfecture, mais les coûts engendrés par ces activités n'ont pas été comptabilisés.

- Autres dépenses : Outre les dépenses en médicaments et la rémunération des manoeuvres, il a été effectué sur le fonds spécial des dépenses en carburant, la construction et l'équipement d'un dispensaire et des dépenses diverses.

Tableau XXXI : Autres dépenses

ANNEES	CARBURANT + DIVERS	CONSTRUCTION + EQUIPEMENT	TOTAL
1988	0	0	0
1989	3321180	0	3321180
1990	1596390	12000000	13596390

4.2.7.4. Coût moyen par traitement (y inclus les ordonnances) avant/pendant l'intervention

Avant l'année de démarrage du projet le coût moyen de traitement était estimé à 82 F en 1987.

Pendant le projet, il était de 67 F en 1988, 71 F en 1989 et 117 F en 1990.

4.2.7.5. Taux de recouvrement

Le Taux de recouvrement global est défini comme étant le rapport des revenus bruts sur les dépenses totales des secteurs. Le Taux de recouvrement médicaments est défini comme étant le rapport des revenus bruts sur les dépenses en médicaments.

Le premier taux nous permet de savoir quelle proportion des dépenses totales a été supportée par les revenus collectés (fonds spécial).

Le deuxième type de taux nous permet de savoir jusqu'à quel niveau les revenus collectés peuvent assurer les dépenses en médicaments.

Pour le calcul de ces taux, nous allons considérer deux scénari :

1er scénario : On suppose que les médicaments distribués au niveau des structures sanitaires sont suffisants pour traiter les patients; donc il n'y a pas d'ordonnance.

Tableau XXXII : Calcul du taux de recouvrement global 1988-1990

ANNEES	DEPENSES EN MEDICAMENTS	DEPENSES TOTALES (tous sect.)	REVENUS BRUTS	TAUX DE RE- COUVREMENT %
1988	12643705	13483705	6598095	49*
1989	14543270	21118318	9000000	43
1990	16768936	33619194	22367450	66
Moyenne Annuelle	14651970	22740406	12655182	53

\* Les dépenses étaient moindres car le projet n'avait pas encore démarré

Donc sous le scénario 1 le taux de recouvrement global était de 49% en 1988, 43% en 1989, et 66% en 1990.

Le taux de recouvrement global si on fait la moyenne des taux des trois années est de 50%. Donc en moyenne 50% des dépenses globales sont financées sur le fonds soécial.

Tableau XXXIII : Calcul du taux de recouvrement médicament

ANNEES	DEPENSES MEDICAMENTS	REVENUS BRUTS	TAUX DE RE- COUVREMENT
1988	12643705	6598095	52 %
1989	14543270	9000000	62 %
1990	16768936	22367450	133 %

De 1988 à 1990 le taux de recouvrement médicaments est passé de 52% à 133%. Donc en 1990, si tous les revenus collectés étaient consacrés à l'achat de médicaments, il y aurait suffisamment de médicaments voir même un excédent.

2ème scénario : On suppose que des ordonnances ont été prescrites et les dépenses des médicaments vont inclure les achats d'ordonnance. Dans ce cas les dépenses des médicaments comprendraient aussi les dépenses des populations effectuées auprès des pharmacies et dépôts privés.

Tableau XXXIV : Calcul du taux de recouvrement global de 1988-1990

ANNEES	DEPENSES en MEDICAMENTS	DEPENSES TOTALES	REVENUS BRUTS	TAUX de RECOUVREMENT
1988	21149460	21989460	6598095	30
1989	22371722	28946770	9000000	31
1990	33604396	50954654	22367450	44
Moyenne Annuelle	25708526	34968251	12655182	36

Le taux de recouvrement global sous le scénario 2 bien que progressant de 30% en 1988 à 44% en 1990 est inférieur au taux de recouvrement global sous le scénario 1 ce qui montre que les dépenses des populations "Hors Fonds Spécial" augmentent d'année en année, de même que les dépenses effectuées sur le fonds spécial.

Tableau XXXV : Taux de recouvrement médicaments 1988-1990

ANNEES	DEPENSES EN MEDICAMENTS	REVENUS BRUTS	TAUX RECOUVREMENT MEDICAMENTS
1988	21149460	6598095	31
1989	22371722	9000000	40
1990	33604396	22367450	67
Moyenne Annuelle	25708526	12655182	49

Le rapport des revenus bruts par rapport aux dépenses de médicaments devient de plus en plus important d'année en année mais est inférieur au taux de recouvrement sous scénario 1.

#### 4.2.7.6. Mécanisme de sélection des indigents

Il n'existe aucun mécanisme de sélection; les populations reconnaissent elles mêmes les indigents qui sont incapables de s'acquitter de leurs taxes.

#### 4.2.7.7. Sélection d'effets pervers par le système de recouvrement des coûts

Aucun effet pervers n'a été relevé à Mirriah.

#### 4.2.7.8. Critères de choix des gestionnaires

Il n'y a aucun critère de choix; le gestionnaire a été affecté à la CM de Mirriah par l'Etat. Il n'y avait aucun gestionnaire au niveau des DR.

#### 4.2.7.9. Problèmes rencontrés par le gestionnaire

Aucun problème majeur n'avait été enregistré; mais on a constaté que le gestionnaire ne fait aucune supervision des stocks au niveau des DR, ni n'est convoqué aux différentes réunions (relatives à ces activités) qui se tiennent soit à la DDS soit à la sous-préfecture; Il n'a pas l'air d'être bien informé de la gestion du fonds spécial.

#### 4.2.7.10. L'Ordonnateur des dépenses

L'ordonnateur des dépenses est le sous-préfet qui exécute les délibérations du conseil sous-régional.

#### 4.2.7.11. Périodicité des dépenses

Selon l'agent spécial il n'y a aucune périodicité des dépenses du fonds spécial; l'essentiel c'est que les dépenses soient effectuées durant l'année budgétaire en cours.

#### 4.2.7.12. Comment l'argent est gardé

L'argent est gardé dans un coffre dans le bureau de l'agent spécial au niveau de la sous-préfecture.

## 5. DISCUSSION

### 5.1. GENERALITES

#### 5.1.1. TERMES DE REFERENCE DE LA MISSION D'EVALUATION

L'objectif de la Mission d'Evaluation, tel qu'il figure sur l'ordre de Mission est " Etude de l'aspect gestion des Fonds des projets Tibiri et Mirriah ".

Au niveau des Termes de référence, la notion de paiement indirect avec ticket modérateur ne correspondait nullement à la réalité des Projets. Il n'a même jamais été prévu de le mettre en application.

L'utilisation des indicateurs d'évaluation a suscité un certain nombre de problèmes compte tenu d'une relative imprécision : en ce qui concerne la notion de Taux de recouvrement global, la dissociation entre les dépenses directement liées au système de recouvrement et celles des autres activités du Projet FED a posé problème.

Le Fonds Spécial Médicaments a été transformé localement en Fonds de Solidarité à visées plus larges.

#### 5.1.2. RECHERCHE OPERATIONNELLE DE TIBIRI

Le Projet Tibiri est présenté comme une "Recherche opérationnelle" et son déroulement s'est fait selon un plan pratiquement expérimental : étude de variables aléatoires en fonction de paramètres contrôlés.

Les variables aléatoires étaient de deux ordres :

- la "participation de la population aux frais médicaux"; sa détermination constituait l'objectif de la recherche.
- l'amélioration de " l'accessibilité aux médicaments essentiels " (et non de l'accessibilité aux services de soins).

Les paramètres contrôlés étaient de trois ordres :

- rationalisation de la prescription thérapeutique;
- disponibilité en médicaments correspondants;
- rationalisation de la gestion.

Pour sa réalisation dans les meilleures conditions, la zone d'étude a été sélectionnée par les autorités sanitaires selon un certain nombre de critères : " absence de dépôt (de médicaments), éloignement de la route nationale, population déjà sensibilisée à un projet de coopérative, infirmier consciencieux ".

Il ne peut donc être question de comparer les "résultats" en y incluant à la fois l'étude de variables qui étaient contrôlées dès le départ, et qui ont subi des contraintes exogènes (changement d'infirmier, diminution de la participation du MSP en médicaments) malgré le plan expérimental initial, et celle de variables aléatoires qui constituaient le but de l'étude.

Par ailleurs, la reproductibilité soulève de nombreux problèmes théoriques lorsqu'il existe un plan expérimental avec critères de sélection initiaux.

Mais l'étude de la possibilité contributive de la population au financement des soins de santé conserve tout son intérêt, tant au niveau des modalités que du montant de participation; par ailleurs, l'analyse épidémiologique de la période de recherche permet également de tirer un certain nombre d'enseignements en matière de disponibilité des médicaments, en particulier en ce qui concerne l'approvisionnement en fonction de la périodicité de certains phénomènes pathologiques majeurs.

### 5.1.3. PROJET DE MIRRIAH

Lorsque est évoquée la notion de projet se pose toujours le problème des partenaires signataires, et de leur responsabilité respective au niveau du déroulement des événements.

La Mission n'a pu que constater que la responsabilité directe ou indirecte de l'approvisionnement ou de la gestion de ce qui était qualifié de " Fonds Spécial Médicaments " dans le Projet initial ne relevait pas de la compétence exclusive des signataires :

- le Conseil Sous-Régional de Développement de l'Arrondissement de Mirriah a décidé, par délibération, de l'utilisation des Fonds; cette compétence a été exercée en 1990 à travers une opération de construction d'un dispensaire (Mazamni), en dehors de toute programmation dont la compétence appartient au Ministère de la Santé, malgré l'existence de charges récurrentes induites telles que le fonctionnement de ce Centre qui est sous la responsabilité du MSP. Par ailleurs, d'après le Sous-Préfet, l'ensemble des crédits de 1991 devaient être affectés à l'investissement...

- le Conseil Communal de Mirriah, mis en place après le début du Projet, a compétence pour modifier les taxes sur la commune et a donc pu, par délibération, décider que, pour les habitants de la Ville de Mirriah, la taxe " santé " ne serait que de 50 Fcfa (contre 100 Fcfa pour les autres habitants de l'arrondissement)...

## 5.2. SENSIBILISATION DE LA POPULATION ET FORMATION DU PERSONNEL

### 5.2.1. TIBIRI : Paiement direct.

Il faut dire que l'expérience de Tibiri s'est déroulée dans des conditions exceptionnelles :

- Focalisation du test sur un seul dispensaire,
- Village desservi par une piste praticable en toute saison.
- Population déjà sensibilisée à un projet de coopérative.
- Population ayant une tradition de participation illustrée par l'implantation des ESV, 1970.
- Population sédentaire ayant un revenu suffisant pour apporter une contribution financière et qui accepte de se prêter moralement à une expérience nouvelle.
- Un infirmier responsable consciencieux formé à l'utilisation des stratégies "Plainte-Traitement".
- Un appui technique et financier déterminant assuré par l'assistance technique Belge.
- L'existence de mécanismes de gestion autonome, et concertation animée par des responsables coutumiers particulièrement dynamiques et pleinement impliqués dans ce projet : Hommes et femmes y ont adhéré en connaissance de cause.
- Enfin, le projet qui s'étend sur une courte période (12 mois) a néanmoins une bonne maîtrise du système car c'est le second essai du genre, après celui de Harikanassou.

Si la solidarité a résisté aux variations du taux de la taxe pendant la durée du test, c'est semble-t-il, grâce à une bonne sensibilisation. Cependant, on observe que cette solidarité va cesser de jouer lorsque la taxe aura atteint les 400 Frs. C'est un aspect important à considérer à l'avenir.

De plus, un autre point faible du système est le manque de disponibilité de ressources financières en dehors de la période des récoltes. Cela peut entraîner l'interruption des traitements.

### 5.2.2. MIRRIAH : Paiement indirect avec ticket modérateur

Ce test pilote est plus ambitieux. Il couvre tout l'arrondissement de Mirriah qui compte 14 dispensaires fonctionnels disséminés sur une superficie de 32.000 Km<sup>2</sup> avec une population estimée à 366.587 habitants en 1987 dont plus de 13.000 nomades. Les 7 dispensaires du Nord sont desservis par des pistes impraticables à certaines saisons de l'année. Les points

de vente des médicaments sont Mirriah et Zinder, ce qui compromet sérieusement le traitement curatif des malades.

Ceux du Sud sont relativement plus accessibles. Trois dépôts de vente ont été créés dans ce secteur en dehors de celui de Mirriah : un à Dogo, un à Guidimouni, et un à Takieta.

La sensibilisation de la population a été centrée sur l'augmentation de la taxe d'arrondissement collectée par les Chefs de village, versée à l'agent spécial par l'intermédiaire des Chefs de canton.

L'enthousiasme pour le paiement indirect est moindre car le "fonds spécial" est perçu comme un banal impôt dont on s'acquitte par devoir civique, et pour être en règle avec l'administration.

Cette impression est renforcée par l'instrument de gestion : le conseil sous-régional de développement. Aussi, hommes et femmes ne se sentent concernés par le "fonds spécial médicaments" qu'en cas de maladie. La délivrance systématique des ordonnances après la mise en route du traitement d'urgence jure avec l'objectif même du test visant l'augmentation des produits, et l'amélioration de la qualité des soins. Le personnel infirmier n'a pas bénéficié comme à Tibiri de l'utilisation des stratégies "Plainte-Traitement".

Le "fonds spécial" a connu une utilisation large, du fait de l'imprécision de sa définition. A la faveur de cette formulation vague, le conseil sous-régional de développement a réalisé la construction et l'équipement d'un dispensaire à Toumnia, sur ce fonds pour une valeur de 10.000 Frs CFA soit environ 50% du volume total d'argent.

A l'avenir, on peut se demander si le "fonds spécial" ne serait pas affecté en totalité aux investissements.

Concernant le ticket modérateur, il faut dire qu'il n'a jamais été appliqué.

Au total, le principe de recouvrement des coûts partiels des médicaments, en générant des ressources supplémentaires doit être approfondi, et faire l'objet de recherches opérationnelles afin de parvenir à une formule susceptible de susciter l'adhésion spontanée et responsable des communautés concernées.

### 5.3. APPROVISIONNEMENT, DISTRIBUTION ET PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS

Les problèmes de médicaments constituaient la trame de la Recherche Opérationnelle de Tibiri et du Projet Mirriah. Ils constituent l'une des préoccupations majeures exprimées par la population et le personnel de santé.

1. Il existe, au moins dans la population un certain degré de confusion entre " accès au médicament " et " accès aux Services de soins ". Il convient de préciser les deux aspects de ce problème :

- l'accessibilité aux médicaments ne demande que la disponibilité des produits au moment où ils sont prescrits et donc l'approvisionnement des Centres de Soins.

Les données des deux projets montrent que la population qui utilise effectivement ces centres est celle qui réside tout au plus dans la zone des 10 km, la diminution des consultants étant très nette dès 3 km à Tibiri;

- l'accessibilité aux Services de Soins est donc le problème essentiel de la majorité de la population (57,7 % dans l'arrondissement de Mirriah) qui habite à plus de 10 km des Centres de soins existants.

Aucun des deux Projets ne comportait d'intervention spécifique en ce domaine.

Mais cette différence, liée à la distribution géographique de la population au Niger, est une contrainte préalable incontournable qui constitue la base d'un succès éventuel dans le domaine de la distribution des médicaments.

2. L'analyse épidémiologique de la situation pathologique à Tibiri concluait à l'existence de deux périodes bien tranchées, ayant une incidence qualitative et quantitative sur les médicaments :

- la saison froide (4ème et 1er trimestre de l'année suivante) est celle de la pathologie respiratoire (consommation d'antibiotiques);

- la saison des pluies (3ème trimestre) qui est celle de la transmission du paludisme;

- entre ces deux périodes, la Rougeole et les Méningites cérébro-spinales se succèdent.

Les données de Mirriah confirment cette périodicité des pathologies.

Cette contrainte épidémiologique doit se traduire par une modulation adéquate des approvisionnements en médicaments en fonction des pathologies dominantes. Il convient de souligner que les besoins en antibiotiques se situent à la période inter-budgétaire ce qui constitue une contrainte supplémentaire.

L'étude des approvisionnements en médicaments menée à Mirriah (cf. tableau XXVI) ne permet pas de retrouver cette logique. Les variations quantitatives importantes, d'une année sur l'autre, s'opposent à une utilisation programmée des produits.

A ce niveau, l'utilisation du Fonds Spécial n'a pas apporté de changement qualitatif en se limitant au rôle de complément hétérogène.

3. Un approvisionnement régulier en médicaments pré-suppose une rationalisation des prescriptions et de la distribution :

- l'utilisation d'une liste limitative de médicaments essentiels dont la procédure de révision est en cours au niveau du MSP.

Le strict respect de cette liste aurait évité de voir commander en 1990, au titre du Fonds Spécial, un certain nombre de médicaments coûteux dont la destination est loin d'être évidente...

- l'usage de schémas thérapeutiques constitue également un préalable indispensable, mis en oeuvre à Tibiri comme dans tout le département de Dosso;

- la distribution des médicaments dans les différents Centres de Soins selon un système d'approvisionnement par quotas trimestriels liés à l'activité (et non pas à la population), technique mise en oeuvre à Mirriah, est également une procédure préalable indispensable à une bonne programmation des consommations et donc des commandes.

L'étude des reliquats actuels, à la date de l'évaluation (cf. tableau XXVII), laisse penser qu'il n'existe aucune réserve en cas d'épidémie... ou de retard de livraison du semestre suivant.

Le Fonds Spécial, systématiquement consommé à la fin de l'année budgétaire, n'a pas joué à ce niveau le rôle régulateur qui aurait pu être le sien.

4. L'analyse des situations théoriquement peu comparables de Tibiri et de Mirriah en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments, souligne également que la rationalisation de l'approvisionnement de l'O.N.P.P.C. constitue également un préalable indispensable dans la recherche d'une meilleure efficacité au moindre coût :

- faible part des produits génériques sous dénomination commune internationale en grand conditionnement, bien que le problème du contrôle qualitatif de ce type de produit, soulevé par l'ONPPC, ne puisse être ignoré;

En effet, si 60 médicaments essentiels sont effectivement commercialisés par l'ONPPC, seuls 8 produits de la pharmacie de Mirriah correspondaient à des grands conditionnements (Acide acétylsalicylique, Chloroquine, Métronidazole, Nitrofurantoïne, Diazépam, Phénobarbital, Hydrocortisone et Ampicilline).

- problème des livraisons ne respectant pas les commandes en raison, vraisemblablement d'un approvisionnement insuffisant.

L'étude des deux commandes de 1989, des bons de colisage des deux livraisons et des factures correspondantes montrent en effet des décalages importants.

#### 5.4. RESULTATS COMPARES DANS LE DOMAINE DU RECOUVREMENT DES COUTS

Les deux systèmes se valent; chacun ayant son contexte particulier de même que ses points forts et points faibles.

a) Implication des populations et équité: A Tibiri les populations ont fait de l'expérience, la leur et sont pleinement impliquées dans l'exécution du Projet. Le comité de gestion décidait lui même de l'augmentation des tarifs avec bien sûr l'adhésion des populations. Au niveau de Mirriah le système indirect est appliqué; Les populations voyaient leur participation financière comme quelque chose qui leur était imposé parce qu'étant selon elles une majoration de la taxe et qu'il fallait payer obligatoirement même si certains ne bénéficiaient pas des services de santé plus tard. Le système à Mirriah nous paraissait moins équitable que celui de Tibiri dans la mesure où les populations situées à moins de 5 km d'une formation sanitaire bénéficiaient beaucoup plus des services que celles qui habitaient plus loin. Les non-malades payaient pour les plus malades et ceux qui habitaient loin de la FS payaient pour ceux qui habitaient près de la FS. Pour illustrer cette inégalité au niveau du système de Mirriah voici ci-dessous quelques exemples chiffrés :

Tableau XXXVI : Evolution des coûts par habitant (selon la distance p/à la FS) de l'arrondissement de Mirriah 1988-1990

ANNEES	COUT/HABIT. Au Niveau Arrondissem.	COUT/HAB. < ou égal 5 km	COUT/HAB. < ou égal 10 km	COUT/HAB. > 10 km
1988	50	194	41	7
1989	52	202	42	7
1990	75	270	59	10

Plus on habitait loin de la FS moins on bénéficiait des médicaments au niveau de la FS.

b) Gestion des fonds : La gestion des fonds pour le système indirect est plus lourde que celle du système direct; Mais si Tibiri avait la même population que Mirriah, peut-être qu'il y aurait plus de problèmes à contrôler et à gérer les fonds; Le succès qu'à Tibiri actuellement dans la gestion de ces fonds est peut-être dû à la petite taille de sa population et l'assistance continue de la part du bailleur de fonds (les belges). La gestion des fonds était beaucoup plus transparente à Tibiri qu'à Mirriah. A Mirriah les populations paient la majoration mais ne savent pas combien sont ces fonds et à quoi servent-ils; La gestion du fonds spécial n'est pas dissociée de la gestion globale des ressources des collectivités (au niveau de la sous-préfecture).

c) Volume des revenus bruts et leur utilisation : Les revenus bruts de Tibiri sont de 2367300 F pendant la période d'essai. Si au lieu du système direct, on avait appliqué le système indirect à Tibiri, les revenus seraient de 3881340 FCFA (43126 imposables x 100) x 90% soit une différence de 1514040 FCFA.

Les revenus collectés par Mirriah en 1990 étaient de 22367450 F si le système direct était appliqué, avec un paiement à l'épisode pour enfant 100 F et 200 F pour adulte, considérant qu'en 1990 on avait 128490 consultants dont 49212 adultes et 79278 enfants, les revenus seraient de :  $49212 \times 200 \text{ F} + 79278 \times 100 \text{ F} = 17770200 \text{ FCFA}$  soit une différence de 4597250.

Donc au niveau de Mirriah si on avait appliqué le paiement direct avec les taux ci-dessus les revenus seraient moindres.

Donc que ça soit au niveau de Tibiri ou de Mirriah les revenus bruts sont supérieurs si on applique le système indirect avec 100 F par imposable que si l'on appliquait le système direct avec comme tarif 200 F pour adulte et 100 F pour enfant. Le montant de ces revenus dépendra aussi de la fréquentation des services de santé et des tarifs payés.

Un des problèmes avec le paiement par épisode c'est qu'il y a un risque de ne pas couvrir les coûts si les traitements chers sont plus nombreux que les traitements bon marché; Tibiri a voulu pallier à ce problème en augmentant les prix des consultants du simple au double mais malheureusement il y a eu un effet pervers à cela; En effet seuls les cas graves se présentaient au dispensaire pour payer les 400 F et 200 F et les autres cas moins graves ne venaient pas au dispensaire; ils restaient soit chez eux soit allaient voir les équipes de santé villageoises (ESV) qui vendaient les médicaments à un prix inférieur à celui de la consultation au dispensaire. La loi de l'offre et de la demande a joué. En effet en augmentant les prix, la demande a diminué et une partie de la demande qui jadis s'adressait au dispensaire est allée vers les ESV ou ailleurs.

Les revenus collectés au niveau de Tibiri n'ont pas encore profité aux populations dans la mesure où l'argent est gardé dans un compte d'épargne et aucune dépense n'a été effectuée pour renouveler le stock au profit des populations moyennant une participation financière.

Après la période test, le comité de gestion a transformé la pharmacie en dépôt et les médicaments sont revendus aux populations avec une marge bénéficiaire de 10%.

Les revenus collectés au niveau de Mirriah sont par contre réinvestis dans le secteur santé (achat médicaments, constructions etc...) bien que ces investissements n'ont pas profité de façon équitable aux populations.

Au niveau des taux de recouvrements, en 1990, le taux de recouvrement global de Mirriah (scénario 2) est supérieur à celui de Tibiri (44% contre 40%) son taux de recouvrement médicament est aussi plus élevé que celui de Tibiri (67% contre 53%).

Au niveau de Mirriah la part des dépenses en médicaments supportée par les populations devenait de plus en plus importante. En effet le budget médicament de l'Etat au niveau de l'arrondissement ne fait que baisser relativement d'année en année; Depuis 1987 le

budget prévisionnel médicaments est resté stationnaire en valeur absolue (7560000 FCFA) mais a diminué en valeur relative si on considère l'accroissement de la population et l'inflation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Rapports d'activités : projet Appui au fonctionnement de services de santé rurale dans la circonscription médicale de Mirriah.
  - \* 15 janvier - 15 avril 1989
  - \* 16 Avril - 30 juillet 1989
  - \* 1 Novembre 1989 - 30 avril 1990
  - \* 1 Mai 1990 - 31 Août 1990.
- 2) Plan d'action du projet appui au fonctionnement des services de santé rurale dans la CM de Mirriah.
  - \* Année 1
  - \* Année 2, présentation du devis-programme
- 3) Assistance technique AEDES, Rapport pharmacie. Janvier 1991.
- 4) Rapports annuels d'activités. DDS-Zinder 1987-1988-1989-1990
- 5) Rapport annuel d'activité. DDS-Dosso 1989
- 6) Projets des tests pilotes sur le recouvrement des coûts des soins de santé. Décembre 1990.
- 7) Enquête pyramidale sanitaire dans l'arrondissement de Mirriah. Janvier 1990.
- 8) Projet de renforcement et d'amélioration du fonctionnement des services de santé de la CM de Mirriah. 5ème FED.
- 9) Santé rurale au NIGER, le projet FED à Mirriah. Proposition pour l'année 2, Décembre 1989.  
Par DR J.P d'ALTILIA, et Dr AGNES CROATO.
- 10) Financement des médicaments par la population; Expérience de Tibiri (Dosso). Bilan final, Mars 1990.
- 11) Dixième journée d'études de la Santé. Dosso du 15 au 21 juillet 1988.

## ANNEXE 1

Aperçu sur la situation sanitaire du Niger

La situation sanitaire actuelle du Niger est marquée par des taux de mortalité anormalement élevés largement compensés par un accroissement naturel également fort élevé comme en témoignent les indicateurs sanitaires ci-dessous :

Indicateurs	Pays *
Superficie	1.267.000 Km <sup>2</sup>
Population totale en 1991	7.200.000
Population rurale	87 %
Taux d'accroissement annuel de la population	3,1 %
Population des moins de 5 ans	21,6 %
Population de moins de 15 ans	49 %
Population des femmes en âge de procréer (14-44 ans)	22 - 25 %
Groupe vulnérable	70 %
Taux annuel de croissance urbaine	7,8 %
Taux de scolarisation	20 %
Taux d'analphabétisation	85 %
Taux de natalité	52 ‰
Taux de fécondité annuelle	232 ‰
Taux de mortalité maternelle	7 ‰
Taux de mortalité infantile (0-1 an)	132 ‰
Taux de mortalité juvénile (0-4 ans)	270 ‰
Taux de mortalité générale	20 ‰
Espérance de vie à la naissance	47,7 ans

\* Source : recensement 1988 MSP et Ministère du Plan.

## ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé repose sur des formations et institutions sanitaires coordonnées sous forme d'une "Pyramide" à base périphérique comportant cinq niveaux fonctionnels (voir annexe).

### - Au premier niveau

Se trouvent les équipes de santé villageoises (ESV) dont chacune est composée d'une matrone et d'un secouriste; antennes périphériques du système de santé, elles sont au nombre de 4.000 totalisant 13.000 agents. Elles couvrent 45 % de la population rurale.

### - Au deuxième niveau

sont les dispensaires ruraux (219) ou de quartiers (38) et les postes médicaux (26). Ils sont généralement tenus par des infirmiers certifiés ou quelquefois des infirmiers diplômés d'Etat. La supervision des équipes de santé villageoises leur incombe.

### - Au troisième niveau

On trouve les centres médicaux (40) comprenant chacun: un grand dispensaire avec plusieurs postes de travail, une unité d'hospitalisation (de 10 à 20 lits), une maternité doublée d'un centre de protection maternelle et infantile (66); un laboratoire de biologie et d'analyses médicales. Ils constituent les formations de première référence. Les C.M. sont animés par des médecins et l'ensemble des formations sanitaires des niveaux deux et trois ou niveau périphérique forme la circonscription médicale et couvre un arrondissement administratif.

### - Le quatrième niveau ou niveau intermédiaire :

Il est constitué par les centres hospitaliers départementaux (5 CHD) qui disposent de services spécialisés (chirurgie, pédiatrie, médecine interne etc...) et des services techniques (laboratoires de biologie et d'analyses médicales, radiologie). On y trouve des médecins. Ils constituent des formations de seconde référence.

Au plan administratif le niveau intermédiaire comprend 8 directions départementales de la santé dont celle de la communauté urbaine de Niamey. Elles assurent l'organisation, la gestion et la

supervision des circonscriptions médicales.

- Au cinquième niveau :

Sont les hôpitaux nationaux (Niamey - Lamordé - Zinder) et autres centres de 3<sup>e</sup> référence (1 maternité centrale de Niamey, 1 centre national de santé familiale, 1 centre national antituberculeux...). Ils sont dirigés par des spécialistes des différentes disciplines.

Quelques formations sanitaires privées contribuent à renforcer ce dispositif sanitaire. Il faut noter que, depuis deux ans, des cabinets privés de soins commencent à s'installer grâce au Programme d'Appui à l'initiative Privée et à la Création d'Emploi (PAIPCE).

Enfin le sommet de la pyramide sanitaire ou niveau central est constitué par :

- le cabinet du Ministre responsable de la politique sanitaire
- le secrétaire général, responsable des services techniques
- les directions centrales auxquelles sont rattachés les programmes nationaux de santé (paludisme - diarrhée - nutrition - santé bucco-dentaire etc...).

### Politique de médicaments

L'accessibilité aux médicaments est une priorité du système de santé au Niger. L'ONPPC en assure la responsabilité en tant qu'instrument privilégié de la politique sanitaire du pays. A ce jour on compte à travers le pays 22 pharmacies populaires d'Etat, 7 pharmacies privées, 30 dépôts de médicaments.

Cet effort bien qu'important demeure insuffisant car le Niger s'est engagé à mettre en oeuvre une politique de médicaments qui "vise à mettre à la disposition des populations des médicaments essentiels économiquement et géographiquement accessibles à tous". De même, il soutient activement l'initiative de Bamako visant à accroître la disponibilité de ces médicaments par les soins de santé primaires au moindre coût.

A ce propos un certain nombre de mesures ont été prises visant à freiner l'augmentation des coûts des médicaments mais aussi leur estimation rationnelle.

- Adoption en 1988 d'une liste de médicaments essentiels (Dosso) pour toutes les formations sanitaires du pays : elle vient d'être révisée en 1991 par le récent séminaire de Kollo.

- Remise de 25 % aux dépositaires des dépôts de médicaments, et de 16,6 % aux pharmacies privées afin de les inciter à vendre aux mêmes prix que l'ONPPC.

- Enfin dans le but d'assurer l'accessibilité des médicaments essentiels à tous, l'ONPPC est tenu de vendre les produits identifiés aux prix de revient de base 1988 malgré la libération des prix.

La recherche de méthode d'achats et de gestion pour minimiser les charges récurrentes est plus que jamais d'actualité.

Mais, on peut se demander dans quelle mesure ces dispositions pourront être observées faute d'un mécanisme de contrôle :

Ce que l'on constate aujourd'hui sur le terrain est l'absence de disponibilité des médicaments pour la majorité de la population.

BUDGET

Le budget alloué au Ministère de la Santé Publique représente en moyenne 6% du budget général de l'Etat. En 1991 il est de 6.467.425 francs CFA dont 3.761.840.000 sont consacrés aux salaires et indemnités diverses du personnel soit 58,16% ce qui réduit considérablement la part allouée aux interventions en faveur des populations. Au cours des trois dernières années, il a été :

- En 1988 de 5.901.080 F.CFA (5,03% du budget national)
- en 1989 de 6.268.253 F.CFA (5,48% du budget national)
- en 1990 de 7.735.061.000 F.CFA. (5,47% du budget nat.)

PRINCIPALES CAUSES DE MORDIBILITE ET MORTALITE

1 - Maladies transmissibles infectieuses et parasitaires

a) M.T.I.P. Sévères

- paludisme ;
- rougeole ;
- méningite cérébro-spinale ;
- diarrhées.

b) M.T.I.P. handicapantes

- paludisme ;
- schistosomiasés ;
- MST ;
- polio ;
- dracunculose ;
- tuberculose ;
- lèpre, etc...

2 - Maladies non transmissibles

- pathologie cardio-vasculaire ;
- pathologie digestive ;
- accidents de la circulation... etc...

Les 5 premières causes de mortalité chez les enfants à Niamey

- Rougeole ;
- Paludisme ;
- Diarrhées ;
- Malnutrition ;
- Affections respiratoires aiguës.

Les 5 premières cause de morbibité chez les enfants à Niamey

- Diarrhées ;
- Pneumopathies ;
- Paludisme ;
- Rhinopharyngites ;
- Affections chirurgicales.

Les 4 premières causes de morbidité maternelle

- Hémorragies du post-partum,	21 %
- Ruptures utérines,	20 %
- Infections,	18 %
- Eclampsies,	15 %

3 - Couverture vaccinale (PEV)

- Rougeole,	55,33 %
- Polio,	41,86 %
- Tétanos,	11,90 %
- B.C.G. ,	77,33 %

4 - Malnutrition calorico-protéique (MCP)

- Poids naissance <2,5 kg	= 20 % NN
- Enfants dénutris avant 1 an	= 16-21 %
- Enfants dénutris après 1 an	= 30 %
- Xérophtalmie chez les moins de 10 ans	= 2 à 5 %
- Goître par carence iode chez les enfants	= 70 %
- Malnutrition aiguë au Niger, chez les enfants.	
- milieu urbain	= 14,9 %
- milieu rural	= 24,21 %
- Malnutrition chronique	
- milieu urbain	= 22 %
- milieu rural	= 39,5 %

5 - Mauvaise hygiène du milieu et manque d'eau potable6 - Habitat inadapté et insalubre.3. MOYENS ACTUELS DES SERVICES DE SANTE3.1. INFRASTRUCTURES

TYPE DE FORMATION	SIGLE	1988
Hôpitaux		3
Centres Hospitaliers Départementaux	(CHD)	5
Centres Médicaux	(CM)	39
Postes Médicaux	(PM)	26
Dispensaires ruraux	(DR)	219
Dispensaires de quartiers	(DQ)	38
Maternités rurales ou de Quartier		85
Maternités de référence		1
Centres Santé Maternelle et Infantile	(CSMI)	66
Centres Sociaux	(CS)	66
Centre National de Santé Familiale	(CNSF)	1
Léproserie		1
Centre Anti-Tuberculeux	(CAT)	3
Centre National d'Hygiène et de Médecine Mobile		1
Equipes Départementales Mobiles	(CHMM)	7
Cliniques Privées	(DHMM)	5
Cabinets ou Dispensaires Privés		13
Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques	(ONPPC)	1
Pharmacies Populaires		22
Dépôts de Médicaments Privés		30
Pharmacies Privées		7
Equipes de Santé Villageoise	(ESV)	4000

Source :

MSP = Analyse du Secteur Sanitaire, 1988.

ETAT DU PERSONNEL QUALIFIE PAR CATEGORIE  
ET DES AUXILIAIRES

158 Médecins  
 5 Chirurgiens dentistes  
 34 Pharmaciens  
 8 Ingénieurs Sanitaires  
 310 Sages-femmes (SF)  
 983 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE)  
 890 Infirmiers Certifiés (IC)  
 204 Techniciens de Laboratoire  
 93 Agents d'assainissement  
 107 Assistants sociaux et Aides assistants de l'Action Sociale (A.A.A.S)  
 23 Techniciens de maintenance  
 1732 Auxiliaires en exercice  
 13000 Agents de santé villageoise (ASV)  
 Enfin 124 Médecins Spécialistes ainsi que d'autres cadres expatriés.

DISPONIBILITE - ACCESSIBILITE - UTILISATION DES Services de Santé

Infrastructures

1 ESV/1615 hts  
 1 Unité de soins (PM, DR, DQ, CM)/23300 hts  
 1 Maternité/5000 naissances attendues  
 1 CSMI/30000 enfants de plus de 5 ans  
 1 CSMI/7000 enfants de moins de 1 an  
 30 % de la population vivent à moins de 5 km d'une formation Sanitaire ;  
 50 % vivent à moins de 10 km d'une unité de soins ;  
 90 % consultent les tradipraticiens.

Personnel

- 1 Pharmacien pour 211 764 habitants
- 1 Médecin national pour 46 000 habitants
- 1 Sage-femme pour 1400 naissances attendues
- 1 Infirmier d'Etat pour 23225 habitants
- 1 Technicien Supérieur pour 7325 habitants

Il faut prendre ces ratios avec réserve.

En effet, en 1984 selon la Banque Mondiale, la répartition du personnel était la suivante :

35 % pour les hôpitaux ;  
 35 % pour les centres médicaux ;  
 10 % seulement pour les dispensaires.

La seule Communauté Urbaine de Niamey concentre :

66 % des médecins ;  
 41 % des sages-femmes ;  
 37 % des infirmiers.

## LA FORMATION DU PERSONNEL

C'est à la direction de la formation et de l'éducation pour la Santé qu'incombe la responsabilité de gestion de la formation du personnel au Ministère de la santé publique.

A cet effet, ses attributions sont entre autres :

- la conception, l'élaboration, la gestion et l'évaluation des plans, programmes et projets de formation ;

- la conception, l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des programmes d'Education pour la Santé ;

- elle collabore avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de la Technologie qui a la charge de la formation de base des médecins ;

- elle représente le Ministère de la Santé au Conseil de la Faculté.

Le personnel para-médical (infirmiers, techniciens supérieurs, sages-femmes, techniciens de laboratoire, d'assainissement, assistants sociaux, et agents d'hygiène) est formé à l'Ecole Nationale de Santé Publique de Niamey et à l'Ecole Nationale des Infirmiers et cadres de l'Action Sociale de Zinder qui dépendent du Ministère de la Santé Publique.

### - LA FORMATION A L'ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE

Elle est organisée depuis 1965 date de création de l'établissement avec le concours de l'organisation Mondiale de la Santé et du PNUD. Dans un premier temps elle formait uniquement des infirmiers diplômés d'Etat en deux ans. Puis à partir de 1970 les études ont été portées à 3 ans et la formation s'étendait aux sages-femmes, assistants sociaux, techniciens de laboratoire et techniciens supérieurs. L'école a formé depuis sa création à ce jour 1531 agents toutes catégories confondues.

#### a) Les enseignants

33 enseignants constituent le corps permanent de pédagogues et encadreurs.

124 professeurs vacataires assurent les enseignements théoriques et pratiques dans les différentes disciplines.

#### b) Elèves

Au cours de la rentrée académique 1990-1991, 557 élèves inscrits dans les cinq sections de l'Ecole (techniciens supérieurs de l'action sociale, techniciens de laboratoire, assistants sociaux, infirmiers diplômés d'Etat et sages-femmes d'Etat).

- LA FORMATION A L'ECOLE NATIONALE DES INFIRMIERS ET CADRES DE L'ACTION SOCIALE DE ZINDER

C'est un établissement de formation professionnelle qui a vu le jour en 1975 et qui a formé à ce jour 1543 agents (infirmiers certifiés et infirmiers diplômés d'Etat, aides assistants de l'action sociale, techniciens et agents d'assainissement).

a) Enseignants

- Permanents : 20,

- Professeurs vacataires : 62.

b) Elèves

- première année toutes catégories : 213 ;

- deuxième année toutes catégories : 129 ;

- troisième année techniciens d'assainissement : 25 ;

soit : un effectif de 363 élèves.

- LA FORMATION A LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (F.S.S.)

Institution de formation universitaire, la FSS a été créée le 1/10/1974. Elle a formé à ce jour 158 Médecins généralistes qui occupent les plus hautes responsabilités des services. Les spécialités se déroulent à l'extérieur du pays.

- Enseignants permanents , 20

- Etudiants = 400, toutes promotions confondues.

- LA FORMATION EN COURS D'EMPLOI

Ce volet s'est rapidement intensifié au cours de ces deux dernières années grâce, d'une part à l'obtention d'importantes aides financières et d'assistance technique, des organisations internationales, des ONG et des pays amis et d'autre part à la mise en place des programmes nationaux de santé nécessitant des activités de formation du personnel.

C'est ainsi que des bourses d'études supérieures et de spécialisations sont régulièrement attribuées aux personnels de la santé.

Des séminaires et ateliers de formation/recyclage à l'étranger et au Niger donnent également la possibilité aux différentes directions centrales du Ministère, aux institutions et aux programmes nationaux de santé d'améliorer la compétence des agents et la Performance des services. Pour 1990, 38 séminaires ont été organisés au profit de 521 cadres et agents santé.

Autres perspectives, c'est le démarrage très prochain des activités de formation du centre national de développement sanitaire qui fera partie intégrante de l'ENSP. Il aura pour objectifs de :

- parfaire la formation des cadres nigériens de la santé tout en élargissant le champ de capacité de formation des personnels sanitaires ;

- renforcer l'adaptation des cadres de la santé à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière de santé.

Enfin, la perspective de création d'équipes départementales de formation ainsi que l'élaboration du nouveau plan de formation 1991-1995 augurent un développement certain des activités de formation au bénéfice des cadres et agents des institutions du pays.

## Annexe II

. REPUBLIQUE DE NIGER  
 CONSEIL SUPERIEUR D'ORIENTATION NATIONALE  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION

Niamey, le 22 avril 1991

TERMES DE REFERENCE POUR L'ETUDE DES TESTS PILOTS  
 DE RECOUVREMENTS DE COÛTS A MIRRIAH ET TIBIRI

INTRODUCTION:

Dans un proche avenir, le Ministère de la Santé Publique envisage de tester deux options de recouvrement des coûts partiels des soins de santé dans quatre (4) arrondissements du pays.

- o le paiement direct: c'est un paiement par épisode de maladie; le malade devant payer un montant forfaitaire par épisode de maladie.
- o le paiement indirect: tous les résidents d'un même arrondissement doivent payer une participation annuelle destinée à la santé et une autre modique à chaque épisode de maladie sous forme de ticket modérateur.

Ces deux options ont déjà été fait l'objet de test. La première (paiement direct) par le projet RESSFOP à Tibiri dans l'arrondissement de DOUTCHI, la deuxième (paiement indirect) par le projet FED dans l'arrondissement de MIRRIAH. A Tibiri, il s'agit d'un financement des médicaments par la population alors qu'à Mirriah, le "fond spécial médicament" est plus large d'utilisation. Le Projet Tibiri n'a concerné qu'un dispensaire et a pris fin le 31 mars 1990, tandis que le Projet Mirriah concerne 15 formations sanitaires et est en cours.

Pour permettre au MSP de mieux concevoir ses tests pilotes de recouvrement, il a été jugé nécessaire d'analyser et comparer ces deux expériences.

OBJECTIFS DE L'ETUDE:

- o Faire une analyse des deux expériences de recouvrement de coûts à Tibiri et Mirriah afin de les comparer tant de point de vue qualitativement que de quantitativement.
- o Fournir au Gouvernement du Niger des informations en vue d'une meilleure mise au point et d'une meilleure mise en application du Projet Pilote de recouvrement des coûts non-hospitaliers qu'envisage actuellement le Ministère de la Santé Publique.

LES INDICATEURS:

Afin de pouvoir comparer autant que possible, les deux expériences de recouvrement de coûts déjà menées, il conviendrait d'établir une série d'indicateurs précis à partir desquels les analyses doivent être élaborées. Néanmoins les évaluateurs ne doivent pas se limiter à ces indicateurs et ils doivent considérer d'autres aspects comparatives s'ils les jugent nécessaires. Les indicateurs proposés ont tenu compte de ceux établis au séminaire de Kollo en 1989. Ils se trouvent en annexe.

METHODOLOGIE DU TRAVAIL:

2 semaines      Elaborer un plan de travail détaillée avec des homologues Nigériens et soumettre ce plan au Ministère de la Santé Publique pour approbation

Lire les documents de bas des projets

Effectuer les études sur terrain selon le plan de travail approuvé

2 semaines      Rédiger un rapport final et reproduire en 20 exemplaires

Soumettre le rapport final au Ministère de la Santé Publique au moins trois jours avant l'atelier/briefing sur l'étude

Présenter des résultats et recommandations de l'étude au comité de pilotage de recouvrement des coûts en forme d'atelier/briefing d'un journée

Toutes ces activités doivent être achevées dans un délai maximum d'un mois.

COMPOSITION DE L'EQUIPE:

L'équipe sera composée de deux consultants et deux homologues du Ministère de la Santé Publique. Les consultants seront:

- o Un économiste de santé ou un spécialiste en gestion des services sanitaires avec une expérience dans le domaine du recouvrement des coûts des services sanitaires en Afrique
- o Un Médecin spécialiste en santé publique

Chaque consultant doit avoir au moins 3 ans d'expérience du travail dans un pays francophone africain.

ANNEX:INDICATEURS D'EVALUATION  
=====1. DONNEES DE BASE:

1.1-DEFINITION DE LA PERIODE ETUDIEE.

1.2-DETERMINATION DE LA POPULATION - AU LIEU DE LA FORMATION.  
 - DANS UN RAYON DE 5 KM.  
 - DANS UN RAYON DE 10 KM.  
 - DANS L'ARRONDISSEMENT (uniqt pour Mirriah)

1.3-DETERMINATION DU NOMBRE DE SUJETS IMPOSABLES DANS L'ARRONDISSEMENT (uniqt Mirriah).

---

2. COMPARAISON DE L'UTILISATION DES SERVICES PENDANT ET AVANT L'INTERVENTION.2.1. SERVICE CURATIF  
-----

2.1.1-FREQUENTATION GENERALE DES SERVICES CURATIFS PENDANT/AVANT INTERVENTION.

2.1.2-FREQUENTATION PAR SEXE PENDANT/AVANT INTERV

2.1.3-FREQUENTATION PAR AGE (ADULTES/ENFANTS) PENDANT/AVANT INTERV.

2.1.4-FREQUENTATION EN FONCTION DE LA DISTANCE PENDANT/AVANT INTERV.

2.1.5-FREQUENTATION PAR LES INDIGENTS PENDANT/AVANT INTERV.

2.1.6-FREQUENTATION EN FONCTION DE 3 SYMPTOMATOLOGIES DOMINANTES (FIEVRE, DIARRHEE, TOUX) PENDANT/AVANT INTERV.

2.2. CONSULTATION PRENATALE  
-----

2.2.1-NOUVELLES INSCRITES PENDANT/AVANT INTERV.

2.3. CONSULTATION DES NOURRISSONS  
-----

2.3.1.-NOUVELLES INSCRITES PENDANT/AVANT INTERVENTION.

## 2.4. ACCOUCHEMENTS

---

2.4.1. ACCOUCHEMENTS EN MATERNITE CM PENDANT/AVANT INTERV.

## 2.5. HOSPITALISATION CM (uniquement Mirriah)

---

2.5.1. NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PENDANT/AVANT INTERV.

---

## 3. QUALITE DES SOINS

3.1-SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS DANS LA ZONE D'INTERVENTION: TYPE DE SERVICE ET BENEFICIAIRES.

3.2-RATIONALISATION DE L'UTILISATION DES MEDICAMENTS:

- EXISTENCE DE SCHEMAS THERAPEUTIQUES.
- NOMBRE ET TYPES DE MEDICAMENTS (ESSENTIELS OU NON ESSENTIELS) RECOMMANDES PAR LES SCHEMAS THERAPEUTIQUES.
- RESPECT DES SCHEMAS THERAPEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS.

3.3-COUVERTURE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME ET LES DIARRHEES:

- RESPECT DES SCHEMAS THERAPEUTIQUES.
- DISPONIBILITE EN MEDICAMENTS POUR CES PATHOLOGIES.

3.4-DISPONIBILITE EN MEDICAMENTS POUR LES 10 PATHOLOGIES LES PLUS FREQUENTES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES.

3.5-TEMPS MOYEN D'ATTENTE A LA CONSULTATION AVANT/PENDANT INTERVENT.

3.6-TEMPS ET COUT DE DEPLACEMENT MOYENS POUR OBTENIR LES MEDICAMENTS PRESCRITS AVANT/PENDANT INTERVENT.

---

## 4. GESTION

### 4.1. GESTION MEDICAMENTS

---

4.1.1-DESCRIPTION DE LA PROCEDURE

4.1.2-MEDICAMENTS EN STOCK:

- NOMBRE
- MEDIC ESSENTIELS
- NOM GENERIQUE
- CONDITIONNEMENT

4.1.3-APPROVISIONNEMENT: -SOURCES  
 -MOYENS  
 -COUT

4.1.4-FICHE DE STOCK:-EXISTENCE DE FICHES.  
 -TENUE A JOUR.  
 -NIVEAU DES SEUILS MAXIMUM ET MINIMUM.

4.1.5-DISPONIBILITE PERMANENTE EN MEDICAMENTS: POUR LES MEDICAMENTS  
 UTILISES DANS LES 10 PATHOLOGIES LES PLUS FREQUENTES:  
 -RUPTURE DE STOCK.  
 -MOTIF DE LA RUPTURE DE STOCK  
 -DUREE DE LA RUPTURE.

#### 4.2. GESTION FINANCIERE

-----

4.2.1-DESCRIPTION DE LA PROCEDURE.

4.2.2-OUTILS DE GESTION : - TYPE - TENUE A JOUR.

4.2.3-CONTROLE FINANCIER : - PAR QUI. - FREQUENCE.

#### 4.3. COUT DE LA GESTION

-----

4.3.1-COUT PERSONNEL.

4.3.2-COUT DES OUTILS DE GESTION.

4.3.3-COUT DES DEPLACEMENTS.

4.3.4-LES ACTIVITES DE GESTION ONT-ELLES AFFECTE LES CAPACITES DU  
 PERSONNEL A TRAITER LES PATIENTS ?

### 5. SENSIBILISATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

5.1-METHODE UTILISEE: - RESPONSABLE DE LA SENSIBILISATION AUX  
 DIFFERENTS NIVEAUX.

- CONTENU DU MESSAGE.
- MOYENS UTILISES.

5.2- COUT DE LA SENSIBILISATION.

## 6. FORMATION

### 6.1- FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL

---

6.1.1-DESCRIPTION DE LA PROCEDURE.

6.1.2-SUPERVISION:-QUI EST LE SUPERVISEUR.  
 -FREQUENCE.  
 -METHODE.  
 -COUT.

6.1.3-STABILITE DU PERSONNEL FORME.

### 6.2- FORMATION DES GESTIONNAIRES

---

6.2.1-DESCRIPTION DE LA PROCEDURE.

6.2.2-SUPERVISION:-QUI EST LE SUPERVISEUR.  
 -FREQUENCE.  
 -METHODE.  
 -COUT.

6.2.3-STABILITE DU PERSONNEL FORME.

---

## 7. MOBILISATION DES RESSOURCES ET RECOUVREMENT DES COUTS:

7.1-SOMME PERCUE PAR CONSULTANT (TIBIRI)  
 PAR SUJET TAXABLE (MIRRIAH)

7.2-REVENUS BRUTS.

7.3-DEPENSES PAR SECTEURS: -MEDICAMENTS  
 -GESTION  
 -SUPERVISION  
 -REMUNERATION  
 -SENSIBILISATION  
 -FORMATION  
 -AUTRES

7.4-COUT MOYEN PAR TRAITEMENT AVANT/PENDANT INTERVENTION.

7.5-TAUX DE RECOUVREMENT:  
 -GLOBAL: DEPENSES TOTALES/ REVENUS BRUTS  
 -MEDICAMENTS: DEPENSES MEDICTS/REV.BRUTS

7.6-MECANISME DE SELECTION DES INDIGENTS.

7.7-SELECTION D'EFFETS PERVERS PAR LE SYSTEME DE RECOUVREMENT DE COUT.

BUDGET:

<u>Honoraires et per diem chef de l'équipe.</u>	Pris en charge FED
30 jours x 50.000 CFA par jour .....	1.500.000 CFA
<u>Salaires et per diems consultants.</u>	Pris en charge USAID/FAC
Economist/gestionnaire x 1 mois	
Médecin x 1 mois	
<u>Per diems Homologues.</u>	Pris en charge Equipe Tulane/Abt
2 Persons @ 5000 CFA par jour pour ~ 10 jours .....	100.000 CFA
<u>Carburant</u>	Pris en charge Equipe Tulane/Abt/USAID
2 Vehicules (1 Equipe Tulane/Abt, 1 USAID)	
Essence x 2.400 km @ 20l/100km	
480 litres par vehicule = 960 litres + 10% imprevus = 1060 litres	
1060 litres @ 235 CFA par litre.....	249.100 CFA
<u>Production de rapport final</u>	Pris en charge Equipe Tulane/Abt
Papier, phocopie, reliure 20 exemplaires x 50 pages .....	25.000 CFA

EMENT DE BINDER CM MIRRIAN  
 LINE DE SOINS CURATIF

11

	1986				TOTAL	1987				TOTAL	1988				TOTAL	1989				TOTAL	1990				TOTAL			
STAT:	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
SM:																												
	15708	12616	20691	23523	78484	27811	18514	18682	13543	84550	27608	13677	44085	32720	124030	25171	23450	30439	30525	109625	25315	23450	35240	38445	128490			
	22020	16219	18979	32559	90197	38274	26976	27859	31066	124175	39466	29781	72583	49276	191106	42508	66544	54952	43327	207331	30563	40409	47666	38892	157550			
	37726	28865	33580	62488	168681	66085	45490	46541	50609	208725	67074	49458	116668	81396	315136	67679	90034	85391	73852	316956	55908	69869	82926	77337	286040			
	3250	2360	3860	6059	15479	5841	3947	4455	3733	17776	5534	3807	8375	7526	25242	6059	4428	6792	8220	22409					0			
	2836	2478	4146	6364	15884	6131	3891	4187	4247	18456	5323	4036	8884	6797	25040	4460	3350	7092	7474	23016					0			
	2037	1460	2035	2868	8420	3218	2251	2500	2351	10320	3789	2142	6344	5159	17434	2341	2538	4171	5243	14653	3469	3652	3568	5469	22138			
	3551	3202	5290	6564	18607	5405	3896	4217	3364	17482	6156	4365	10471	7499	28491	5697	6182	8341	7910	28046	4881	4811	7486	7768	24966			
	4024	3359	4094	7674	19151	7216	4646	3139	5246	20247	6606	5327	10011	5070	31214	6504	4375	7320	8635	27734	5619	5464	7624	9028	27735			
	6096	4638	8005	12423	31363	11972	7838	6642	7980	36432	10857	7643	17259	14323	50262	10519	5418	13794	15694	45425	9703	10214	15038	15309	0			
	3349	2232	7215	10150	22946	5448	2690	6690	4179	18497	4279	2454	20244	12797	35814	3507	3455	14542	10553	32059	3509	3124	19171	9411	35215			
	1756	1473	2556	3391	9176	3354	2038	2932	2122	9546	3178	2085	4461	2637	12361	1623	2032	2311	1981	8147	1587	1462	1529	1956	6534			
	2000	1028	1538	2518	7084	3861	2120	1379	2596	9956	3750	2127	3496	1763	11136	2763	1642	1683	2625	8913	2964	2829	2337	3493	11614			
	912	1108	1231	2323	5574	2864	1776	1350	2376	8566	2270	1350	3177	2227	9587	3169	1582	1971	2453	9195	2426	2954	2626	2697	10703			
	1567	1177	494	2475	6023	3024	2577	1208	1366	8785	5197	2548	2502	8743	18980	4694	4117	3084	7612	19507	7018	5252	4490	11935	28655			
	63,969	40,975	67,109	105,95	71,501	94,966	65,370	66,680	72,726	74,385	83,771	61,769	145,71	102,40	38,415	81,826	108,85	103,24	89,290	95,603	60,200	75,233	89,293	83,275	77,000			
	2,4015	2,2841	1,9212	2,1161	2,1492	2,3762	2,4570	2,4912	2,5896	2,4886	2,4295	2,5134	2,6464	2,5053	2,5400	2,6857	3,8328	2,6053	2,4193	2,8912	2,2058	2,3716	2,3531	2,0116	2,2261			
	58978	58978	58978	58978	58978	69588	69588	69588	69588	69588	60668	80068	80068	80068	80068	82710	82710	82710	82710	82710	92869	92869	92869	92869	92869			
	132618	132618	132618	132618	132618	150362	150362	150362	150362	150362	169714	169714	169714	169714	169714	175315	175315	175315	175315	175315	188902	188902	188902	188902	188902			

ANNEXE 4FORMATION DU PERSONNEL DE DISPENSAIRE RURAL PROJET MIRRIAH

## ORGANISATION ET GESTION DE LA PHARMACIE

## 10) GESTION DU STOCK = LE MEDICAMENT

Notion d'inventaire mensuel

Organisation de la distribution

Consommation mensuelle

Stock de sécurité.

## 20) AGENCEMENT DE LA PHARMACIE = LA PHARMACIE

Classement par forme

Classement par ordre alphabétique

Utilisation de la Dénomination Commune Internationale (DCI)

Dates de péremption.

## GESTION DES FICHES DE STOCK

10) Les fiches de stock par médicament

20) Les fiches de variation de stocks trimestriels

## 30) GESTION DES COMMANDES

Coût et fréquence des commandes

Passation des commandes

Détermination des quantités à commander

Rapport entre consommation mensuelle et niveau d'activité.

EMPLOI DU TEMPS

Jeudi 18 Avril 1991 : 8H.- 9H30

INTRODUCTION : 10mn par Dr

PREMIERE PARTIE : NOTION GENERALE DE GESTION

- pré-test : 15 mn M.F. JORDANE
- exemple : 10 mn M.M. VANDEBEULQUE
- cours : 2 h M.F. JORDANE

11H : Pause : 15 mn

11H15-12H15 : test de contrôle des connaissances : M.F. JORDANE

DEUXIEME PARTIE : LE TEMPS DE TRAVAIL :

15H30 INTRODUCTION : 10 mn DR.GUILLAUMOT

15H45-17H15 : Travaux pratiques (en groupes dirigés avec superviseurs).

pause 15mn

17H30-18H : CORRECTIONS QUESTIONS.

VENDREDI 19 AVRIL 1991 : 8H

TROISIEME PARTIE : LES MEDICAMENTS ESSENTIELS.

INTRODUCTION : 10mn Dr ALAROU Circuit des commandes.  
ONPPC ; 30 mn

8H15 - 8H45 : définitions-cours : DR SANI - 1H15.

8H45 - 9H45 : cours gestion

(inventaire, distribution, consommation, stock de sécurité) 20mn  
M.F. JORDANE  
: travaux pratiques avec des fiches à remplir, avec des  
médicaments : (facilitateurs)  
travaux de groupes : fiches de stock : (facilitateurs)  
questions - 15mn

9H45-10H45 : cours (20mn) et travaux pratiques de groupes sur la  
pharmacie (30mn) avec facilitateurs.

ClassificationDCI, date de péremption : M.F JORDANE

pause : 15mn

11H15-12H15 : gestion des commandes

correction des principales erreurs des rapports  
remplis par les DR.  
M.M VANDEBEULQUE.

## Annexe V

QUESTIONNAIRE : CHEF DE CANTON  
 CHEF DE POSTE ADMINISTRATIF  
 MEMBRES SAMARIA  
 (SECOURISTES)

- 1- Etiez-vous informés du projet ? si oui, par qui? et comment?
- 2- Quels sont les moyens utilisés pour cette sensibilisation?
- 3- Quel est le contenu du message ?
- 4- Qu'attendiez-vous du projet ?
- 5- Qui a fixé la majoration de la taxe ?
- 6- A combien a-t-elle été fixé au début ? (35 FCFA)
- 7- Qui a décidé des augmentations et de combien ? (50 puis 100FCFA)
- 8- Quelle a été votre réaction ?
- 9- A quoi sert cette taxe ?
- 10- Avez-vous constaté un changement depuis le début? une amélioration des services de santé ?
- 11- Avez-vous facilement accès aux médicaments ?
- 12- Que pensez-vous de la gestion des services et des médicaments?
- 13- Avez-vous des suggestions à faire ?

INFIRMIER

- 1- Depuis quand occupez-vous ce poste ?
- 2- Quelle est votre perception du Projet ?
- 3- Que pensez-vous du projet ? Avez-vous bénéficié d'une formation de recyclage en liaison avec le Projet ?
- 4- Selon vous Y-a-t-il une amélioration dans le fonctionnement du dispensaire ? Qui vous supervise ? (et à quel rythme?) quelle est la fréquence ou périodicité de la supervision ?
- 5- Par rapport au projet, quels sont les points forts et les points faibles ?
- 6- Quels sont les problèmes rencontrés dans le quotidien ?
- 7- Quelles sont vos suggestions ?

ANNEXE VI

## Liste des Personnes Rencontrées

Médecin Colonel Ousmane Gazéré	Ministre de la Santé Publique
Mr Moha Abdou	Secrétaire Général
Mr Abdoulaye Maïga	Secrétaire Général Adjoint
Mme Gado Hadizatou	Directrice d'Etudes et de la Programmation (DEP)
Mr Ibrahim Magagi	Directeur Adjoint DEP
Mr Carl Rahman	USAID/SANTE
Dr Junker	Coopération Belge
Dr Tannier	Coopération Belge
Mr Simeon	Fonds Européen de Développement (FED)
Mr Ian Sliney	Equipe Tulane/Abt
Mlle Carla Willis	Equipe Tulane/Abt
Mr Trapsida J.M	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
Mr le Chef de Poste Administratif de Tibiri	/Président d'honneur
Mr Kiassa chef de Canton de Tibiri	/Président
Mr Nouri Gambo	Infirmier
Mr Oumarou Arzika	Directeur CEG/Tibiri/Commissaire aux comptes
Mr Boubacar Issaka	Gestionnaire
Des Représentants de la Population	

Mirriah

Mr Boubé Oumarou	Préfet de Zinder
Mr Barmou Salaou	Sous-préfet de Mirriah
Mr ?	Adjoint au Sous-Préfet de Mirriah
Un représentant	Direction Départementale de la Santé (DDS)
Dr Pierre Guillaumot	Chef de Projet DDS/FAC
Dr Maï Moctar	Médecin chef de CM de Mirriah
Dr Soumana Zakari	ex-Médecin chef CM de Mirriah
Dr Agnès Croatto	Représentant FED
Mr Ibrahim Konaté	Gestionnaire de CM
Mr l'Agent Spécial	Sous-préfecture de Mirriah

Villages, (interviews aux infirmiers, chef de canton, chef de village, population, chef de poste administratif)

- Zermou
- Mazamni
- Toumnia
- Baboul
- Raffa
- Goueza
- Damagaram Takaya
- Guidimouni
- Kolèram
- Dogo
- Gouna
- Takeita
- Tirmini
- Droum
- Zermanini
- Koumadoukao