

Public Disclosure Authorized

Niger

Indicateurs de prestation de services 2015

Rapport technique sur la santé

Equipes Santé-nutrition-population et Gouvernance

Public Disclosure Authorized

Table des matières

Remerciements.....	5
Résumé analytique.....	6
I. Introduction.....	11
II. Méthodologie et mise en oeuvre.....	13
A. Mise en œuvre.....	13
B. Échantillonnage.....	16
III. Résultats.....	17
A. Prestation de services de santé.....	17
B. Nombre de patients (consultations externes).....	19
C. Taux d'absentéisme.....	21
D. Exactitude du diagnostic.....	23
E. Respect des directives cliniques.....	27
F. Prise en charge des complications maternelles et néonatales potentiellement mortelles.....	32
G. Thématiques spéciales : première consultation prénatale et prééclampsie sévère.....	34
Première consultatation prénatale.....	34
Prééclampsie sévère.....	35
H. Disponibilité des médicaments.....	36
I. Disponibilité des équipements.....	38
J. Disponibilité des infrastructures.....	39
K. Incitations, direction et gestion.....	40
Direction, gestion et incitations.....	41
Supervision.....	42
Mobilisation communautaire.....	44
IV. Implications pour le Niger.....	46
V. Annexes.....	49
Annexe A. Stratégie d'échantillonnage.....	49
Annexe B. Définition des indicateurs.....	51
Annexe C. Résultats complémentaires.....	53
Références.....	76

Liste des tableaux

Tableau 1. Constats clés et actions proposées	9
Tableau 2. Aperçu des IPS	10
Tableau 3. Indicateurs IPS en matière de santé.....	15
Tableau 4. Échantillon de l'enquête.....	16
Tableau 5. Échantillon des indicateurs d'absence et de compétence	17
Tableau 6. Horaires et jours de prestation de services.....	17
Tableau 7. Disponibilité des soins obstétricaux d'urgence (pour-cent).....	18
Tableau 8. Répartition des cadres de santé par type d'établissement et emplacement	18
Tableau 9. Utilisation des services de santé (consultations externes) par rapport aux consultations totales (pour-cent).....	19
Tableau 10. Nombre de patients par niveau d'établissement.....	20
Tableau 11. Absence des prestataires par niveau d'établissement (pour-cent).....	21
Tableau 12. Exactitude du diagnostic pour les cinq pathologies courantes retenues, par type de cadre de santé	25
Tableau 13. Respect des directives cliniques par type de cadre de santé	27
Tableau 14. Questions clés de la PCIME et performance diagnostique (pour-cent).....	29
Tableau 15. Questions clés de la PCIME et performance diagnostique pour le Togo (pour-cent)	30
Tableau 16. Soins du paludisme simple avec anémie parmi ceux qui ont posé le bon diagnostic.....	32
Tableau 17. Prise en charge des complications maternelles et néonatales par type de cadre de santé (pour-cent)	32
Tableau 18. Examens de laboratoire que les prestataires auraient demandé si des ressources étaient disponibles pour les cas d'hémorragie post-partum.....	34
Tableau 19. Grandes catégories de la première consultation prénatale (pour-cent).....	35
Tableau 20. Grandes catégories de la prééclampsie sévère (pour-cent)	36
Tableau 21. Disponibilité des médicaments par type d'établissement (pour-cent)	37
Tableau 22. Disponibilité des médicaments par niveau sanitaire avec la liste du Ministère de la Santé (pour-cent)	38
Tableau 23. Disponibilité des équipements médicaux (ajustée en fonction du niveau d'établissement).....	38
Tableau 24. Disponibilité des infrastructures (pour-cent)	40
Tableau 25. Contraintes entravant la prestation de services (pour-cent).....	41
Tableau 26. Utilisation d'incitations et de sanctions par les responsables des formations sanitaires, dans les centres de santé publics ou privés (pour-cent).....	42
Tableau 27. Informations de base sur la supervision	43
Tableau 28. Supervision par équipe	44
Tableau 29. Mobilisation communautaire, tous types d'établissements	45
Tableau 30. Ressources nationales de la santé 2011 à 2014.....	46
Tableau 31. Tableau comparateur des IPS.....	48
Tableau 32. Répartition du personnel de santé par type de prestataire (pour-cent)	53
Tableau 33. Répartition du personnel de santé par type d'établissement (pour-cent).....	54
Tableau 34. Répartition du personnel de santé par genre (pour-cent).....	54
Tableau 35. Nombre de patients par prestataire, ajusté en fonction des absences, par niveau d'établissement	55
Tableau 36. Variables utilisées pour les régressions des taux d'absentéisme.....	56
Tableau 37. Corrélations des résultats d'absence	57
Tableau 38. Absences par niveau d'établissement (ajusté en fonction du temps de pause ; pour-cent)	58
Tableau 39. Mesures du nombre de patients ajustées et non ajustées en fonction du taux d'absentéisme.....	58
Tableau 40. Absences par niveau d'établissement (non ajusté en fonction des temps de pause).....	58
Tableau 41. Exactitude du diagnostic des pathologies courantes retenues par type de cadre de santé (pour-cent)	59
Tableau 42. Respect des directives cliniques par type d'établissement (pour-cent)	59
Tableau 43. Détails du traitement des pathologies courantes retenues (pour-cent).....	60
Tableau 44. Détails du traitement des pathologies courantes retenues, par type d'établissement (pour-cent)	61

Tableau 45. Détails de la prise en charge du traitement des complications maternelles et néonatales (pour-cent)	62
Tableau 46. Prise en charge des complications maternelles et néonatales par type d'établissement (pour-cent)	62
Tableau 47. Exactitude des diagnostics et gestion des complications par region (pour-cent)	63
Tableau 48. Respect des directives cliniques par type de cadre	65
Tableau 49. Prise en charge des complications maternelles et néonatales par type de cadre	65
Tableau 50. Médicaments de l'étude Disponibilité et capacité opérationnelle des services évalués dans ce rapport	67
Tableau 51. Disponibilité des médicaments (ajusté en fonction du niveau de l'établissement)	68
Tableau 52. Disponibilité des médicaments par niveau d'établissement (ajusté en fonction du niveau d'établissement)	68
Tableau 53. Disponibilité des vaccins par niveau d'établissement (pour-cent)	69
Tableau 54. Disponibilité des vaccins par niveau d'établissement (à l'exception du pneumo-23, pour-cent)	69
Tableau 55. Détail des vaccins disponibles (pour-cent)	70
Tableau 56. Disponibilité des équipements (ajusté en fonction du niveau d'établissement, pour-cent)	70
Tableau 57. Disponibilité des équipements (non ajusté en fonction du niveau de l'établissement, pour-cent)	71
Tableau 58. Disponibilité des différents équipements	72
Tableau 59. Disponibilité d'équipement par région (pour-cent)	73
Tableau 60. Motif du dernier déplacement effectué par un véhicule ou une ambulance par niveau d'établissement (pour-cent)	74
Tableau 61. Disponibilité des éléments spécifiques utilisés dans l'indicateur de l'infrastructure (pour-cent)	74
Tableau 62. Disponibilité des infrastructures (pour-cent)	75

Liste des figures

Figure 1: Relations de redevabilité : citoyens, prestataires de services et décideurs	14
Figure 2. Répartition du nombre de patients	20
Figure 3. Répartition des motifs d'absence (pour-cent)	22
Figure 4. Corrélations des absences	23
Figure 5. Exactitude du diagnostic pour les pathologies courantes retenues (pour-cent)	25
Figure 6. Exactitude du diagnostic des prestataires pour les traceurs (nombre de pathologies, pour-cent)	26
Figure 7. Respect des directives cliniques pour la diarrhée avec déshydratation sévère	28
Figure 8. Éléments de prise en charge du paludisme	31
Figure 9. Respect des directives dans les vignettes des pathologies courantes retenues	64
Figure 10. Respect des directives dans les vignettes maternelles et néonatales	64
Figure 11. Actes thérapeutiques prescrits par le cadre	66

Remerciements

Ce rapport est le fruit d'un processus sur plusieurs années conduit conjointement par la Banque mondiale et le Ministère de la Santé publique du Niger. La partie nationale était conduite par Mme. Sakina Habou Ocquet (coordonnatrice de la recherche du ministère) avec l'appui du Dr. Elh. Maman Maty (Directeur, Direction des Laboratoires de la Santé) et la participation d'un nombre important de cadres dont Dr. Aida Mounkaila, Hamadou Harouna, Dr. Issaka Kamaye, Maman Bara-Atou, Ibra Soulye Soungouli et Dr. Haoua Moumouni (PDES). Nous tenons à exprimer notre reconnaissance au personnel des établissements de santé pour leur disponibilité. La collecte et le traitement des données ont été effectués par l'Institut national de la statistique du Niger.

Christophe Rockmore a dirigé l'équipe de la Banque mondiale pour les IPS du Niger. Cette équipe a réuni Moses Arinaitwe (formateur), Harouna Hamani (ingénieur conseil), Djibrilla Karamoko (Responsable secteur santé), Michel Maellberg (Responsable gouvernance), Ezequiel Molina et Waly Wane. Dr. Moses Arinaitwe, Dr. Asaf Bitton, Dr. Chandrasagar Dugani, Dr. Lisa Hirschhorn, Hannah Radcliffe et Dr. Michael Sexton ont contribué au développement des simulations de consultation prénatales et de prééclampsie sévère. Moses Arinaitwe et Harouna Hamani ont apporté leur appui au pilotage, à la formation et à la première enquête du projet. Harouna Hamani a supervisé les étapes de la collecte et du nettoyage des données et participé au processus de consultation. Damien Echevin a contribué aux travaux sur les données et rédigé une première mouture de ce rapport.

La collecte des données a été financée par les gains du Projet de renforcement des capacités du secteur public pour la délivrance des services du Niger (P145261). La Fondation William et Flora Hewlett et la Banque mondiale ont financé les activités entreprises par la Banque mondiale pour appuyer les travaux financés par l'État du Niger à travers ce projet.

Résumé analytique

Les indicateurs de prestation de services (IPS) fournissent un ensemble de mesures visant à déterminer la performance en matière de prestation de services. En Afrique subsaharienne, l'objectif général des IPS est d'évaluer la qualité de la prestation de services dans l'enseignement primaire et les services de santé de base. Les IPS permettent aux pouvoirs publics et aux prestataires de santé d'identifier les points faibles et de suivre les progrès réalisés dans les pays d'une région donnée. Ce rapport présente les conclusions de la mise en œuvre du premier cycle d'enquêtes sur les IPS dans le secteur de la santé au Niger.

Les enquêtes ont été menées d'octobre à novembre 2015 dans 256 établissements de santé, dont des hôpitaux de district, des centres de santé et des cases de santé. Les données ont été recueillies auprès de 1 355 prestataires de soins représentatifs de leur établissement au sein de leurs différents services ; il s'agissait d'établissements publics et privés, situés en milieu urbain et rural.

L'enquête sur les IPS évalue quatre grandes thématiques : l'effort du prestataire (ce que les prestataires font) ; les connaissances et les compétences du prestataire (ce que les prestataires savent) et les ressources (ce qui est à la disposition des prestataires) et la gestion, la supervision et l'engagement des communautés. Les conclusions sont résumées ci-dessous.

Ce que les prestataires font

Taux d'absentéisme : au cours d'une visite inopinée, un taux d'absentéisme moyen de 33 pour-cent par jour a été observé chez le personnel soignant (dont 90 pour-cent d'absences approuvées), avec des taux d'absentéisme plus élevés dans les établissements publics que privés. Il convient de souligner que le personnel des centres de santé est 1,8 fois plus susceptible d'être absent que celui des cases de santé. L'absence est positivement corrélée avec l'éloignement, le type de formation sanitaire (les hôpitaux ont plus d'absence que les centres que les postes) en tenant compte du personnel total et soignant. Les appréciations de la hiérarchie sont aussi liées à l'absence (baisser quand c'est négatif, augmenter quand c'est positif).

Consultations externes journalières : les prestataires de santé au Niger voient 9,8 patients externes par jour et par prestataire après prise en compte du taux d'absence dans leurs structures sanitaires. Le nombre de patients est plus élevé dans les établissements publics (10,1) que privés (4,6). Le nombre de (1,0) patients par prestataire et par jour est beaucoup plus bas dans les hôpitaux que dans les cases de santé (6,1) ou les CSI (17,2). Une vérification avec les données du rapport annuel du SNIS de 2014 confirme les patients par jour pour la majorité des hôpitaux de l'échantillon.

Ce que les prestataires savent

Exactitude du diagnostic : en moyenne, les prestataires ont correctement diagnostiqué 31 pour-cent des cinq pathologies courantes retenues (paludisme avec anémie, diarrhée aiguë avec déshydratation sévère, pneumonie, tuberculose pulmonaire, et diabète de type 2). Ces pathologies sont fréquemment vues par les prestataires. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre public/privé et rural/urbain dans la catégorie des établissements publics. Si l'on examine les cas un par un, le diabète a été deux fois mieux dépisté dans le privé (46,2 pour-cent) que dans le public (20,7 pour-cent). Parmi tous les types d'établissements, les cases de santé ont obtenu les résultats les plus mauvais, avec des marges importantes et à des niveaux statistiquement significatifs par rapport aux hôpitaux et aux CSI.

Respect des directives cliniques : en moyenne, pour les cinq pathologies courantes retenues, les prestataires ont posé moins de deux des cinq questions cliniquement pertinentes selon les directives nationales pour établir leur diagnostic. Dans beaucoup de cas, des questions essentielles relatives aux signes de danger n'ont pas été posées.

Prise en charge des complications maternelles et néonatales : en moyenne, 12 pour-cent des mesures cliniques nécessaires à une prise en charge de l'hémorragie du post-partum et de l'asphyxie néonatale ont été effectués par les prestataires. Quel que soit le type d'établissement au sein du secteur public, les prestataires publics ruraux font le mieux, mais n'assurent que 12,2 pour-cent des actes thérapeutiques nécessaires. Les prestataires du public posent le diagnostic de l'hémorragie du post-partum 70 pour-cent plus souvent que les prestataires privés. Parmi les prestataires publics, ceux du milieu rural prennent en charge cette condition 46,5 pour-cent que ceux du milieu urbain.

Première consultation prénatale : une patiente enceinte et avec une anémie modérée a été simulée pour les prestataires, dont 0,8 pour-cent ont posé le diagnostic correct, tandis que 91,7 pour-cent ont diagnostiqué la grossesse seulement. Les prestataires du public font mieux que ceux du privé sur les signes de danger, les questions clés, les examens physiques et les soins. Cependant, les prestataires du public ont plus de chance de diagnostiquer une grossesse sans l'anémie que ceux du privé. Sur le plan régional, les prestataires de Tahoua ont 9,5 points de pourcentage plus de chance de poser seulement un diagnostic de grossesse que ceux de Niamey. Comme dans les simulations liées aux enfants, les prestataires n'ont pas posé des questions importantes comme la palpation palmaire (14 pour-cent des prestataires) et l'analyse de l'hémoglobine (4,8 pour-cent sous contrainte de leur milieu habituel, 6,5 pour-cent sans contraintes de leur milieu habituel).

Prééclampsie sévère : les prestataires ont vu la simulation d'une patiente qui avait des signes évidents d'une prééclampsie et devaient reconnaître la condition et sa sévérité ainsi que prendre les dispositions appropriées. Dans l'ensemble, 10,9 pour-cent des prestataires ont diagnostiqué une prééclampsie sévère, bien que 50,2 pour-cent aient diagnostiqué seulement la prééclampsie. Les prestataires du public font mieux que ceux du privé pour les examens physiques et cliniques et les soins. Par rapport à Niamey, Maradi a le meilleur taux de diagnostic avec 14,8 pour-cent, tandis que Tahoua a 6,4 pour-cent et Zinder a 11,6 pour-cent. Généralement, le taux de diagnostic de prééclampsie sans mention de la sévérité est statistiquement différent de Niamey à Maradi (42,3 pour-cent, Tahoua (44,9 pour-cent et Zinder (45,8 pour-cent).

Ce qui est à la disposition des prestataires de services

Disponibilité des médicaments : en moyenne, les établissements avaient accès à 50 pour-cent des médicaments traceurs et les formations publiques urbaines avaient 22 pour-cent de plus que celles en milieu rural. Aucune différence statistique n'a été constatée entre les établissements publics et privés. Tenant compte de la disponibilité attendue des différents médicaments par type de structure, le taux de disponibilité des médicaments était plus élevé dans les hôpitaux que dans les cases de santé. La disponibilité des médicaments traceurs pour enfants (54 pour-cent) était généralement meilleure que pour les mères (44 pour-cent). La disponibilité des médicaments pour les mères et pour les enfants était en moyenne plus élevée dans les établissements publics urbains que dans les établissements publics ruraux.

Disponibilité de l'équipement : environ un établissement sur deux disposait d'un équipement de base fonctionnel¹, les cases de santé étant les moins bien équipées. Faisant la moyenne sur les différents types de structures de santé, les publiques en milieu urbain avaient 86 pour-cent plus de chances d'avoir simultanément tout l'équipement suivi que les formations rurales. Des différences entre les types d'équipement ont été observées : par exemple, les structures publiques ont 5,5 fois plus de chance d'avoir des pèse-enfants que les structures privées.

Disponibilité de l'infrastructure : 13,3 pour-cent des formations sanitaires du Niger avaient de l'eau potable, des latrines fonctionnelles et du courant le jour de l'enquête. Les prestataires privés avaient 2,3 fois plus de chances de bénéficier d'un accès à l'eau potable, à un système d'assainissement fonctionnel et à l'électricité le jour de l'enquête, en particulier à l'électricité (1,8 fois plus) que les structures publiques. De la même façon, les établissements publics urbains ont 6,5 fois plus de chances de bénéficier de ces trois infrastructures que les établissements publics ruraux. Ces infrastructures sont plus fréquentes dans les établissements urbains que dans les établissements ruraux, bien que l'accès à l'assainissement soit plus équitable (près de 43 points de pourcentage moins probable) que les latrines (50,7) ou l'électricité (69,7).

Gestion, supervision et implication de la communauté

Direction et gestion : les responsables des formations sanitaires sont les premiers agents de supervision du ministère et sont les plus aptes à superviser directement la prestation de services. Cependant, la majorité des responsables de structures ne disent pas utiliser des incitations, qu'elles soient positives (33,5 pour-cent les utilisent) ou négatives (17,9 pour-cent). Plus largement, les responsables des structures privées citent ou utilisent les incitations deux fois plus et les sanctions 3,8 fois plus.

Supervision : les formations reçoivent une visite par trimestre en moyenne avec des équipes de supervision plus importantes dans le public urbain que le rural (3 contre 2 personnes). L'utilisation de grilles de supervision est plus répandue dans les formations privées (62,6 pour-cent) et en milieu urbain dans le public par rapport au milieu rural (40,2 pour-cent plus probable). Parmi les équipes de supervision, les points focaux maladie utilisent le plus souvent les grilles, suivent la présence du personnel et regardent les stocks de médicaments, mais ne laissent pas plus de commentaires par écrit. L'attention à la qualité des soins décroît rapidement en fonction du niveau ; tous les hôpitaux font état de commentaires sur cette question, 54,8 pour-cent des centres et 18,6 pour-cent des postes. Aussi, l'accent sur la qualité des soins est plus suivi dans les formations privées (87,4 pour-cent) que dans les publiques (38 pour-cent).

Implication de la communauté : bien que 96,5 pour-cent des structures publiques aient un COGES en 2014, seulement 6,8 pour-cent des formations privées en avaient. En 2015, le COGES était quasiment universel. Cependant, le fonctionnement des COGES, mesuré par la disponibilité des compte-rendus des réunions, variait de manière importante : environ 40 pour-cent des structures publiques n'avaient pas de compte-rendu contre aucune parmi les structures privées. Les structures publiques rurales avaient plus de deux fois moins de chances d'avoir les compte-rendus que les structures publiques urbaines.

¹ Déterminé en fonction d'une balance, thermomètre, stéthoscope, sphygmomanomètre dans tous les établissements et réfrigération et stérilisation dans les centres de santé intégrés et les hopitaux de district. L'Annexe A fournit une définition détaillée des indicateurs.

Eléments clés et actions proposées

Le Tableau 1, ci-dessous, fait état de quelques constats clés et propose des actions pour y remédier.

Tableau 1. Constats clés et actions proposées

Constat	Actions possibles pour y répondre	Responsable	Délai
Manque d'ordinogrammes (52 pour-cent des structures en avaient et les formations publiques urbaines avaient 1,65 fois plus de chance de les avoir que les structures publiques rurales ($p < 0,05$) avec une date moyenne de publication de 2009)	Editer les dernières directives PCIME et autres et les distribuer largement avec des formations sur les éléments clés par la supervision d'accompagnement (ou d'autres méthodes)	Ministère (Direction de l'Organisation des Soins)	Septembre 2017
Faible charge de travail dans les hôpitaux, potentiellement des mauvaises allocations des ressources humaines qualifiées des centres et postes vers les hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les allocations de ressources humaines en fonction des besoins au vu des taux d'utilisation faibles des hôpitaux • Muter le personnel supernuméraire en fonction des besoins. • Revoir les normes du personnel par niveau au besoin. 	Ministère (Direction des Ressources Humaines)	Décembre 2017
Taux de diagnostics correct et respect des directives faible - réponse par la supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les plans et le contenu de la supervision (p.ex. qualité des soins, absences, composition des équipes par rapport aux besoins) <i>juillet 2017</i> • Amender les grilles de supervision et rendre leur utilisation obligatoire <i>décember 2017</i> • Suivi trimestriel des tendances de supervision et de leurs conclusions (par DHIS2 et la supervision des Décaissements liés aux indicateurs chaque année) <i>mars 2018 et en continu</i> 	Ministère (Secrétaire Général)	Mars 2018 et trimestriellement
Taux de diagnostics correct et respect des directives faible - réponse sur la formation initiale	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les diplômés des écoles de formations de santé et la qualité du curriculum et pédagogie : <i>septembre 2017</i> • Revoir les curricula et les méthodes de formation pour améliorer la qualité de la formation : <i>mars 2018</i> • Certification des diplômes pour les admettre à la profession et les habilitier à prester des soins (OMS et OOAS) : <i>juin 2019</i> 	Ministère (Direction des Ressources Humaines)	Juin 2019
L'activité des COGES est insuffisante (vu par les pv des réunions) et le partage d'informations (p.ex. financière) est loin d'être universel au public	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer le soutien actuel pour l'organisation et le fonctionnement des COGES, y compris les directives et outils <i>September 2017</i> • Evaluer les contraintes dans les communautés <i>September 2017</i> 	Ministère (Direction de l'Organisation des Soins)	Mai 2019

	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des options de renforcement et initier une pilote dans une région. <i>Mars 2018</i> • Evaluer la pilote et ajuster les outils en fonction pour la généralisation. <i>Mai 2019</i>. 		
Les responsables des formations sanitaires publiques ne citent ni n'utilisent des incitations, malgré leur autorité pour le faire.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la fonctionnalité des arrangements institutionnels, y compris la formation fournie aux responsables des formations sanitaires sur la gestion des formations et des ressources humaines dans les formations diplômantes et autres. <i>Septembre 2017</i> • Améliorer et développer le curriculum et initier une tentative pilote avec un groupe de responsables de formations sanitaires nouvellement nommés et déjà en poste dans une région. <i>Mars 2018</i> • Evaluer la pilote et amender les outils. <i>Mai 2019</i> 	Ministère (Direction des Ressources Humaines)	Mai 2019

Tableau 2. Aperçu des IPS

	Niger	Public	Privé	Public rural	Public urbain
Nombre de patients (par prestataire/jour)	9,8	9,9	5,7**	10,1	8,2
Absentéisme dans l'établissement (pour-cent de prestataires)	33,1	33,3	30,7	31,1	33,8
Exactitude du diagnostic (pour-cent des cas cliniques)	31,5	31,1	38,7	27,5	38,8***
Respect des directives cliniques (pour-cent des cas cliniques)	17,5	17,5	18,3	17,3	17,9
Prise en charge des complications maternelles et néonatales (pour-cent de cas cliniques)	12,0	12,1	9,9*	12,1	12,1
Disponibilité des médicaments (pour-cent de médicaments)	50,4	50,4	50,6	49,5	60,5**
Disponibilité de l'équipement (pour-cent d'établissements)	35,9	35,9	34,3	33,2	77,2***
Disponibilité de l'infrastructure (pour-cent d'établissements)	13,3	10,7	65,8***	7,9	51,9***

Note : les seuils de signification statistique sont *** p<0,01, ** p<0,05 et * p<0,1, respectivement.

I. Introduction

Comme l'indique le Rapport de situation du pays (2014), il existe des écarts au sein des indicateurs clés de résultats. La mortalité des nouveau-nés (27 pour-cent entre 2006 et 2012), des nourrissons (60 pour-cent entre 1998 et 2012) et des mères (14,5 pour-cent entre 2006 et 2012 ; 21 pour-cent entre 1990 et 2010) a chuté de manière notable ; les taux de mortalité restent élevés et la mortalité maternelle (554 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) a dépassé celle de la plupart des pays de l'Union économique et monétaire ouest-africaine en 2010. Ce net recul de la mortalité néonatale et infantile a fait croître l'espérance de vie à la naissance au Niger de 37 ans (1960) à 58,4 ans (2010), un chiffre légèrement supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, estimée à 54 ans, et presque au niveau de la moyenne des pays à faible revenu, qui est de 59 ans.

La délivrance des soins est entravée par une très forte concentration de médecins (1 pour 5 642 personnes) et de personnel infirmier (1 infirmier diplômé d'État (IDE) pour 1 789 individus) à Niamey, au détriment de zones fortement peuplées comme Zinder, Maradi, Tahoua et Tillabéri, qui comptent entre 8 et 12 fois moins de médecins par habitant, et environ 3,6 fois moins d'IDE par habitant que Niamey. Le déficit de compétences constitue un véritable problème, tout comme le niveau général de la capacité à gérer adéquatement les différents cas. De plus, l'écart entre les intervenants officiellement formés et ceux qui ont reçu une formation sur le tas, en particulier pour les soins aux adultes, constitue une autre source de préoccupation. Le niveau général des compétences dans la prise en charge des complications maternelles et néonatales est en ligne avec le fort taux de mortalité (535 décès pour 100 000 grossesses, EDS 2012). La performance du Niger pour l'exactitude du diagnostic, le respect des directives cliniques et la prise en charge des complications maternelles et néonatales place le pays en bas du classement des pays ayant adopté les IPS.

Les ressources humaines sont difficiles à mobiliser, avec un taux d'absentéisme national de 33 pour-cent. Ce chiffre est 2,23 fois supérieur à celui de l'éducation primaire où les enseignants s'absentent 14,8 pour-cent du temps, selon la même méthodologie.

Le programme IPS (voir Encadrés 1 et 2) vise à savoir quels résultats sont obtenus grâce aux dépenses publiques en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation. L'accent est mis sur la dimension individuelle, à savoir l'effort (présence et charge de travail) ou les connaissances (exactitude du diagnostic, respect des directives cliniques et prise en charge). Ces dimensions ne sont pas évaluées régulièrement ni communiquées publiquement de façon comparable alors qu'elles figurent parmi les facteurs qui ont un impact sur les résultats des politiques de santé.

La suite du présent document comprend trois grandes sections : méthodologie et mise en œuvre ; résultats et conséquences pour le Niger. Les annexes présentent en détail la stratégie d'échantillonnage, la définition des indicateurs, et des résultats supplémentaires. Dans la dernière section figurent les ouvrages consultés ou cités.

Encadré 1. Programme relatif aux indicateurs de prestation de services (IPS)

Une part importante des dépenses publiques consacrées à l'éducation sert à produire de bons résultats scolaires. Une bonne connaissance du fonctionnement des centres de prestation de services de première ligne permet de déterminer où la relation entre les dépenses publiques et les résultats au sein de la chaîne de prestation pose problème. Le fait de savoir si les dépenses se traduisent par l'achat de ressources nécessaires au travail des enseignants (par ex., des manuels scolaires dans les écoles), ou la quantité d'efforts fournie par les enseignants (par ex., dans quelle mesure ils sont susceptibles d'aller au travail) et leurs compétences peut contribuer à identifier les points faibles de la chaîne de prestation. En général, il manque des données fiables et complètes sur ces mesures.

À ce jour, il n'existe aucun ensemble d'indicateurs normalisés solides pour mesurer la qualité des services accessibles aux citoyens en Afrique. Les indicateurs actuels tendent à être fragmentés et se concentrent soit sur les résultats finaux soit sur les ressources, au lieu de s'intéresser aux systèmes sous-jacents qui contribuent à générer les résultats ou qui utilisent les ressources. En fait, il n'existe aucun ensemble d'indicateurs pour mesurer les contraintes associées à la prestation de services et au comportement des prestataires de première ligne alors que ces deux aspects ont un impact direct sur la qualité des services accessibles aux citoyens. En l'absence d'informations cohérentes et exactes sur la qualité des services, les citoyens ou la classe politique (le mandataire) ont des difficultés à évaluer la performance des prestataires de services (le mandaté), et à prendre des mesures correctives.

Les IPS fournissent un ensemble de mesures pour comparer la performance des écoles et des centres de santé intégrés (CSI) en Afrique. Les IPS peuvent servir à suivre les progrès réalisés au sein d'un pays et entre plusieurs pays sur une période donnée, et visent à améliorer le suivi actif de la prestation de services pour accroître la redevabilité et la bonne gouvernance. En définitive, cet effort a pour but d'aider les décideurs, les citoyens, les prestataires de services, les bailleurs de fonds et autres parties prenantes à améliorer la qualité des services et les résultats de développement.

Les indicateurs sont un reflet de l'accès aux services offerts aux citoyens. Ces indicateurs peuvent donc être considérés comme un carnet d'évaluation de la prestation de santé et d'éducation. Toutefois, au lieu d'utiliser les perceptions des citoyens pour évaluer la performance, les indicateurs rassemblent des données objectives et quantitatives issues d'une enquête sur les unités de prestations de services de première ligne, à l'aide de modules de l'Enquête de suivi des dépenses publiques (ESDP), de l'Enquête quantitative sur la prestation de services (EQPS) et l'Enquête sur l'absentéisme du personnel (EAP).

La documentation souligne l'importance du fonctionnement des écoles et, plus généralement, de la qualité de la prestation de services. La littérature sur la prestation de services est toutefois très claire : sous réserve des compétences adéquates et de l'effort constant des prestataires, un apport de ressources accru peut, en effet, avoir des résultats positifs sur l'éducation.

L'initiative des IPS est un partenariat de la Banque mondiale, du Consortium pour la recherche économique en Afrique (CREA) et de la Banque africaine de développement visant à développer et institutionnaliser la collecte d'un ensemble d'indicateurs, dans le but d'évaluer la qualité de la prestation de services au sein d'un pays et d'un pays à l'autre, sur une période donnée. Le but ultime consiste à accroître radicalement la redevabilité dans la prestation de services en Afrique en offrant des outils importants de plaidoyer aux citoyens, aux pouvoirs publics et aux bailleurs de fonds ; et à œuvrer à l'amélioration rapide de la réactivité et l'efficacité de la prestation de services.

Pour en savoir plus sur les instruments et les données de l'enquête sur les IPS et plus généralement sur l'initiative IPS, consulter le site : www.SDIndicators.org et www.worldbank.org/sdi, ou en contactant par courriel à sdi@worldbank.org

II. Méthodologie et mise en oeuvre

A. Mise en oeuvre

En 2015, l'enquête sur les IPS au Niger a recueilli des données auprès de 256 établissements de santé de niveau inférieur et 1 355 prestataires de santé (voir Tableau 4). L'enquête a fait suite à des consultations avec les pouvoirs publics sur la conception et l'échantillonnage de l'enquête et sur l'adaptation des instruments d'enquête. Les tests préalables des instruments d'enquête, la formation du recenseur et les travaux de terrain se sont déroulés par cycles entre 2013 et 2015.

Le système de santé au Niger comprend de nombreux types d'établissements ; parmi ces derniers, les cases de santé, les centres de santé intégrés (CSI) et les hôpitaux de districts ont été pris en compte pour la réalisation de l'enquête. Ces établissements représentent près de 87 pour-cent des prestations de santé, comme l'indique l'enquête auprès des ménages de 2014 menée par l'Institut national de la statistique du Niger. L'Annexe A fournit des précisions supplémentaires sur l'échantillonnage.

Les résultats évaluent la qualité de la prestation de services et l'environnement dans lequel les services sont assurés en milieu rural et urbain et dans les établissements publics et privés. Le terme « privé » désigne principalement les établissements affiliés à des organisations confessionnelles, mais il inclut également quelques établissements relevant d'organismes non gouvernementaux ou des institutions sans but lucratif.

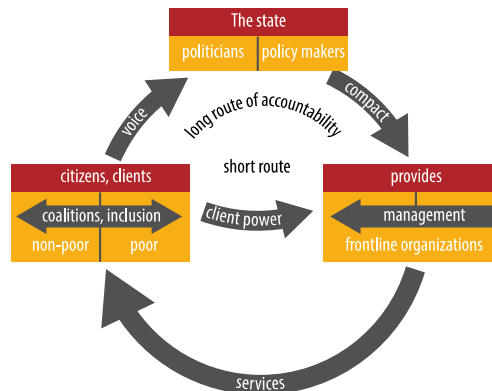
La population visée par l'enquête comprenait trois types d'établissements : les cases de santé, les centres de santé intégrés (CSI) et les hôpitaux de district. L'enquête a utilisé une technique d'échantillonnage à deux étapes qui a permis de ventiler des données par emplacement géographique (rural et urbain), par type de prestataire (public et privé) et par type d'établissement (consulter le Tableau 4). Étant donné qu'il y avait 28 hôpitaux de district de premier niveau, il a été décidé d'en inclure 16 dans l'échantillon, ce qui représente une fraction d'échantillonnage de 57 pour-cent.

Les secondes visites dans 8 établissements n'étaient pas conformes à la méthodologie des IPS. Ces établissements, et leur personnel, sont exclus des calculs du taux d'absentéisme. Les visites en question étaient effectuées le week-end et non pas durant les heures normales de travail.

Encadré 2. Fondements analytiques

Les résultats de la prestation de services sont déterminés par les relations de redevabilité entre les décideurs, les prestataires de services et les citoyens, comme indiqué dans le Rapport 2004 sur le développement dans le monde. Les résultats en matière de développement humain s'expliquent par l'interaction entre divers acteurs intervenant au cours des diverses étapes du système de prestation de services ; ils dépendent aussi des caractéristiques et du comportement des individus et des ménages. La délivrance de soins de santé de qualité dépend d'abord et avant tout de ce qui se passe dans les établissements de santé où plusieurs éléments fondamentaux doivent être réunis pour offrir des services de qualité, à la portée de tous et assurés en première ligne. Cela dépendra à son tour du système général de prestation de services, et ces institutions et structures de gouvernance prévoient des mesures incitatives pour améliorer la performance des prestataires de service.

Figure 1: Relations de redevabilité : citoyens, prestataires de services et décideurs



Source : Rapport sur le développement dans le monde, 2004.

Fonction de la production de prestation de services

Imaginons une fonction de production de la prestation de services, f , qui décrit les ressources physiques, x , l'effort fourni par le prestataire de services, e , ainsi que son type (ou ses connaissances) θ , pour assurer des services de qualité qui se traduisent par des résultats à l'échelon individuel y . La variable effort, e , pourrait être pluridimensionnelle et, par conséquent, inclure l'effort (défini au sens large) d'autres intervenants dans le système de prestation de services. Nous pouvons y voir la caractéristique (connaissances) des individus qui sont sélectionnés pour une tâche particulière. Bien sûr, comme il est indiqué plus haut, ce n'est pas uniquement l'unité de prestation de services qui modifie les résultats de ce processus, mais également les actions et comportements des ménages, que nous appelons ε . Par conséquent, on peut écrire :

$$y = f(x, e, \theta) + \varepsilon$$

Pour évaluer la qualité des services fournis, il convient de calculer la formule $f(x, e, \theta)$. Toutefois, l'on sait qu'il est difficile de déterminer tous les arguments qui entrent dans la production et cela nécessiterait un énorme travail de collecte de données. Une méthode plus simple consisterait donc à se concentrer plutôt sur des indicateurs de ces arguments qui ont, à première vue, les effets les plus importants.

Catégories d'indicateurs et critères de sélection

Il existe une multitude de séries de données pour l'éducation. En grande partie, ces ensembles de données mesurent les intrants et les résultats/extrants dans le processus de prestation de services, principalement du point de vue des ménages. Si elles constituent une source très riche d'informations, les sources de données actuelles (comme l'Enquête sur la mesure des niveaux de vie [LSMS], les Enquêtes de suivi sur le bien-être (Welfare Monitoring Surveys - WMS) et le Questionnaire sur les indicateurs fondamentaux du bien-être (Core Welfare Indicators Questionnaire Survey - CWIQ)) ne couvrent qu'un sous-échantillon de pays et sont, dans de nombreux cas, obsolètes.

Encadré 2. Fondement analytique (suite)

Le choix d'indicateurs proposé se fonde sur les recherches portant sur les aspects économiques de la prestation de services. Ces recherches soulignent l'importance du comportement et des compétences du prestataire dans la fourniture des services de santé et d'éducation (contrairement aux services d'alimentation en eau et assainissement et de logement qui dépendent de modèles de prestation de services différents). Sous réserve de l'effort constant des prestataires de service, certains éléments probants suggèrent que la dotation en ressources physiques et en infrastructure a des effets importants sur la qualité de la prestation de services.

Le lien assez faible entre les ressources et les résultats souligné dans la littérature a été associé aux lacunes dans la structure d'incitation des systèmes de santé. En effet, la plupart des systèmes des pays en développement présentent aux prestataires de première ligne un ensemble de mesures incitatives ayant pour effet d'annihiler l'impact des politiques purement basées sur les ressources. Par conséquent, si les ressources seules semblent avoir un impact limité sur la qualité de l'éducation et de la santé dans les pays en développement, il est possible que les intrants viennent en complément des changements dans les mesures incitatives ; si bien que des progrès dans les deux domaines pourraient entraîner des impacts significatifs et de grande ampleur (Hanushek, 2006). Si les budgets n'ont pas suivi l'élargissement de l'accès ces dernières années, le déficit de qualité de l'éducation et de la santé ne peut se résoudre par le seul accroissement des ressources sans tenir compte également des mesures incitatives des prestataires.

Le programme IPS propose trois catégories d'indicateurs : (i) effort du prestataire ; (ii) compétences des prestataires de services ; et (iii) disponibilité des infrastructures et des ressources essentielles au niveau du prestataire de services de première ligne. L'une des innovations principales des IPS consiste à fournir aux pays des données précises et comparables sur ces dimensions essentielles de la prestation de services. En outre, nous souhaitons sélectionner des indicateurs : (i) quantitatifs (pour éviter les problèmes liés aux biais de perception qui limitent les comparaisons entre pays et longitudinales) (v) ; (ii) de nature ordinale (pour permettre des comparaisons au sein des pays et entre plusieurs pays) ; (iii) solides (dans la mesure où il est possible de vérifier et de reproduire la méthodologie utilisée pour construire les indicateurs) ; (iv) réalisables ; et (v) ne nécessitant pas de gros moyens pour la collecte.

Tableau 3. Indicateurs IPS en matière de santé

Effort du prestataire
Taux d'absentéisme
Nombre de patients par prestataire
Compétences du prestataire
Exactitude du diagnostic
Respect des directives cliniques
Prise en charge des complications chez la mère et le nouveau-né
Ressources
Disponibilité des médicaments
Disponibilité de l'équipement médical
Disponibilité de l'infrastructure

Les indicateurs répertoriés ne sont pas les seules mesures recueillies dans les enquêtes IPS. Par exemple, voici quelques exemples de données de gestion et de gouvernance inclus dans cet instrument : rôles et responsabilités dans les établissements, supervision de l'administration, utilisation du temps, direction, pratiques de gestion des ressources humaines, frais des utilisateurs, aide financière (espèces) accordée aux établissements par source, participation de la communauté, etc.

B. Échantillonnage

Tableau 4. Échantillon de l'enquête

Variable	Échantillon	
	Total	Proportion du total
Établissements	256	100
Cases de santé	143	55,9
Centres de santé	97	37,9
Hôpitaux (premier niveau)	16	6,3
Type de gestion	256	100
Public	220	85,9
Privé (sans but lucratif)	36	14,1
Emplacement	256	100
Rural	192	75
Urbain	64	25,0
Public rural	188	85,4
Public urbain	32	14,6
Personnel soignant	1 355	100
Médecins	104	2,0
Responsables médicaux	107	1,3
Personnel infirmier	327	13,3
Sages-femmes	202	4,1
Auxiliaires à l'accouchement	361	56,3
Personnel paramédical	247	23,0

Note : Huit prestataires sont dans la catégorie « autres », leurs données étant insuffisantes pour les classer dans les groupes ci-dessus.

L'enquête a couvert le territoire national à l'exception de plusieurs zones. La région de Diffa était en état d'urgence déclaré par le Gouvernement du Niger lors de l'enquête et a donc été exclue de la base de sondage ainsi que les zones de Tesker, Tilia, Tassara (risques localisés) et Bilma (peu de structures sanitaires, très grandes distances).

L'enquête s'appuyait sur un questionnaire spécifique pour chaque secteur, composé de plusieurs modules (Tableau A1), le tout administré au niveau des établissements. Les questionnaires s'appuyaient sur de précédents questionnaires basés sur les meilleures pratiques internationales pour les enquêtes de suivi des dépenses publiques, les enquêtes sur la qualité des services publics et les enquêtes d'observation. L'équipe IPS a réalisé un test préalable de l'instrument auprès du personnel du ministère de la Santé publique en février et en juin 2015, et deux autres essais pilotes en septembre 2015. Le Tableau 5 fournit une décomposition de l'échantillon pour les taux d'absentéisme et de compétence par type de personnel de santé.

Tableau 5. Échantillon des indicateurs d'absence et de compétence

Cadre	Échantillon total		Taux d'absentéisme		Indicateurs de connaissances	
	Total	pour-cent	Total	pour-cent	Total	pour-cent
Médecins	101	7,5	80	10,0	36	6,0
Techniciens supérieurs (santé)	104	7,7	54	6,7	38	6,3
Infirmiers et sages-femmes	751	55,4	406	50,6	318	52,9
Autre personnel médical	352	26,0	249	31,1	207	34,4
Personnel paramédical	47	3,5	13	1,6	2	0,3
Total	1 355	100	802	100	601	100

Notes : l'ensemble du personnel était inclus dans le cadre d'échantillonnage pour l'absentéisme, mais seul le personnel présent le jour de la première visite et qui a mené régulièrement des consultations a été inclus dans le cadre de la compétence.

III. Résultats

A. Prestation de services de santé

La plupart des établissements ouvrent quasiment tous les jours, sauf quelques établissements de niveau inférieur, et reçoivent principalement des résidents urbains et des usagers des établissements publics. Des détails sont fournis dans le Tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6. Horaires et jours de prestation de services

Établissements	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Nombre de jours d'ouverture par semaine							
Tous les établissements	6,9	6,9	6,8	-1.6	6,9	7,0**	0.9
Cases de santé	6,9	6,9			6,9		
Centres de santé	6,9	7,0	6,7*	4.3	7,0	7,0	0.0
Hôpitaux	7,0	7,0				7,0	
Heures de consultations externes par jour							
Tous les établissements	13,5	13,5	13,9	3.0	13,3	16,9	27.0
Cases de santé	13,3	13,4			13,4		
Centres de santé	13,8	13,7	14,2	3.7	13,0	17,2	32.3
Hôpitaux	15,9	15,9				15,9	

Notes : les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre divers types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

La disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (Tableau 7) montre que l'accès à l'hôpital est une exigence importante, même pour les soins obstétricaux d'urgence de base. Si l'on omet les hôpitaux de niveau supérieur non couverts par cette étude, la quasi-totalité des hôpitaux proposait des soins obstétricaux d'urgence complets, contre une proportion négligeable d'établissements sanitaires. Les accouchements aux forceps ou ventouses, proposés par 15 pour-cent des cases de santé, 60 pour-cent des CSI et 98 pour-cent des hôpitaux, représentent le principal facteur contraignant. Pour les deux fonctions fondamentales des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), la transfusion sanguine est assurée dans 4 pour-cent des établissements médicaux, dans la totalité des hôpitaux et dans 22 pour-cent des CSI, et les césariennes dans 90 pour-cent des hôpitaux et 8 pour-cent des CSI.

Tableau 7. Disponibilité des soins obstétricaux d'urgence (pour-cent)

Établissements	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Etablissements offrant l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence de base							
Tous les établissements	7,9	8,1	4,9	-39,5	6,5	31,6***	386,2
Cases de santé	0,4	0,4			0,4		
Centres de santé	18,9	21,2	5,2**	-75,5	22,8	12,9	-43,4
Hôpitaux	98,4	98,4				98,4	
Etablissements offrant l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence complets							
Tous les établissements	1,2	1,2	1,1	-8,3	0	19,6***	..
Cases de santé	0,0						
Centre de santé	0,2	0,0	1,2	..	0	0	0
Hôpitaux	89,7	89,7				89,7	

Notes : dans de nombreux pays, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets sont censés être dispensés uniquement dans les hôpitaux. Les différences sont indiquées en points de pourcentage des valeurs des établissements publics et publics ruraux, respectivement. Seuils de signification statistique : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

Le Tableau 8 montre que la répartition des prestataires est inégale entre les zones urbaines et les zones rurales. Les prestataires publics les mieux formés sont concentrés dans les zones urbaines. Dans le privé, il y a 1,8 infirmiers par médecin, tandis que c'est 13,6 au public.

Tableau 8. Répartition des cadres de santé par type d'établissement et emplacement

Cadres (pour-cent)	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous personnels médicaux	100,0	93,2	6,8	-92,7	53,5	46,5	-13,1
Médecins	4,0	2,8	1,2	-57,1	0,8	2,2	175,0
Responsables cliniques	4,7	3,8	0,9	-76,3	0,5	3,5	600,0
Infirmiers	40,1	38,0	2,1	-94,5	19,1	21,7	13,6
Paramédicaux et autres	0,2	0,2	0,0	-100,0	0,3	0,0	-100,0
Total	100	93,2	6,8		53,5	46,5	

Note : L'échantillon comprend 1 355 prestataires. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

B. Nombre de patients (consultations externes)

Note méthodologique

L'indicateur du nombre de patients est défini comme le nombre de consultations externes (enregistrées dans les dossiers de consultations externes) au cours des trois mois précédant l'enquête, divisé par le nombre de jours d'ouverture de l'établissement au cours de la même période de trois mois et le nombre de soignants menant des consultations externes (le personnel paramédical tel que les techniciens de laboratoire ou les assistants des pharmaciens sont exclus du dénominateur). Dans les hôpitaux, l'indicateur du nombre de patients a été mesuré à l'aide des dossiers des consultations externes ; seuls les prestataires faisant des consultations externes ont été inclus dans le dénominateur. Le terme « nombre de patients » plutôt que charge de travail est utilisé pour montrer que la charge de travail totale d'un prestataire de santé comprend des tâches non prises en compte par le numérateur, notamment des tâches administratives et autres non cliniques. Du point de vue du patient ou d'un parent se rendant dans un établissement de santé, le nombre de patients – qui n'est pas le seul indicateur de la charge de travail – est sans doute une mesure d'une importance cruciale.

Tableau 9. Utilisation des services de santé (consultations externes) par rapport aux consultations totales (pour-cent)

Consultations externes (pour-cent)	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Cases de santé	23,7***	23,7	,	,	23,7	,	,
Centre de santé	74,7***	69,5	5,1***	-92,3	48,5	21,0*	-56,7
Hôpitaux	1,6	1,6	,	,	1,6	,	,
Total	100,0	94,9	5,1	0,0	73,9	21,0	0,0

Notes : les totaux sont relatifs au Niger, public/privé et par milieu dans le public. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

Les centres de santé fournissent la majorité des soins au Niger (Tableau 9). La population étant majoritairement rurale, la majeure partie des soins est fournie dans les zones rurales plutôt que dans les zones urbaines. Le secteur public fournit la majorité de ses soins dans les régions rurales, conformément à la répartition de la population. Très peu de soins sont déclarés au niveau des hôpitaux. Une contre-vérification avec les données du rapport annuel (2014) du Système national d'informations sanitaires montre que 10 des 14 hôpitaux qui pouvaient être comparés avaient des taux d'utilisation trimestriels dans l'enquête qui se situaient dans une fourchette de 10 pour-cent des taux provenant d'une division par 4 des taux annuels de ces hôpitaux.²

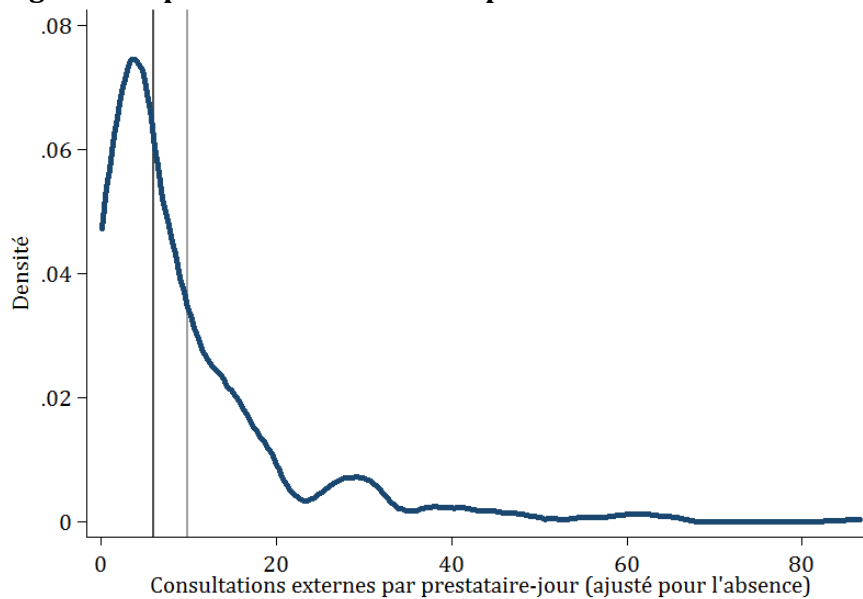
². Ce taux passe à 11/14 dans une fourchette de 25 pour-cent et 12/14 dans une fourchette de 50 pour-cent. Deux hôpitaux ont des taux pour 2014T3 qui sont largement supérieurs aux taux annuels divisés par quatre du rapport annuel de 2014. Deux hôpitaux n'avaient pas d'informations dans au moins une des sources et ne pouvaient donc pas être comparés. Le rapport 2014 était le dernier disponible.

Tableau 10. Nombre de patients par niveau d'établissement

Établissements (pour-cent)	Niger				Public		
	Niger	Public	Privé	Diff. (%) ^a	rural	urbain	Diff. (%) ^a
Tous établissements	9,8	10,0	4,6***	-54,0	10,1	8,6	-14,9
Cases de santé	6,1	6,1	„	„	6,1	„	„
Centres de santé	17,2	18,6	5,0***	-73,1	20,2	10,7**	-47,0
Hôpitaux	1,0	1,0	„	„	„	1,0	„

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

Le nombre de patients moyen ajusté en fonction des absences était de 9,8 patients par prestataire/jour (Tableau 10). La répartition globale penchait vers la gauche – en fait, 50 pour-cent des prestataires recevaient moins de 6 patients par jour (Figure 2). Quelques établissements ont présenté des nombres de cas ajustés qui semblent extrêmement élevés, en partie à cause de l'ajustement. En effet, quand la moitié du personnel est absent dans une journée, cela signifie que le nombre de patients ajusté est doublé. Cependant, cela peut aussi provenir de la mauvaise qualité des données, que ce soit au niveau des données d'enquête ou des rapports des SIG. Par exemple, un petit centre de santé avec 4 à 5 personnes et près de 9 700 consultations au cours des trois derniers mois a effectivement environ trois consultations par prestataire/heure avant la prise en compte des absences. Si l'on applique un taux d'absence de 20 pour-cent (celui de l'établissement), les résultats donnent un nombre de patients moyen de 3,6 patients externes par heure et journée de la semaine pour la totalité de la période de trois mois (huit heures par jour).

Figure 2. Répartition du nombre de patients

NB: dans l'ordre, les lignes verticales sont les valeurs médianes (6.0) et la moyennes (9.8).

C. Taux d'absentéisme

Note méthodologique

Le taux moyen d'absence des prestataires s'obtient en évaluant la présence d'un maximum de 10 membres du personnel soignant sélectionnés aléatoirement dans un établissement au cours d'une visite inopinée. Seuls les soignants supposés être en service sont pris en compte dans le dénominateur. L'approche consistant à utiliser des visites inopinées est considérée comme la meilleure pratique dans la littérature relative à la prestation de services. Les personnels de santé intervenant sur le terrain (principalement le personnel soignant communautaire et du secteur public) étaient comptabilisés comme présents. L'indicateur d'absence n'a pas été estimé pour les hôpitaux en raison des accords complexes en matière de repos, organisation des quarts de travail entre services, etc.

Au Niger, 33 pour-cent des soignants étaient absents au cours d'une journée donnée (Tableau 11).³ Les prestataires les moins susceptibles d'être absents sont ceux du secteur public travaillant dans les cases de santé (18,9 pour-cent). On observe peu d'écart entre les établissements ruraux et urbains ou publics et privés.

Tableau 11. Absence des prestataires par niveau d'établissement (pour-cent)

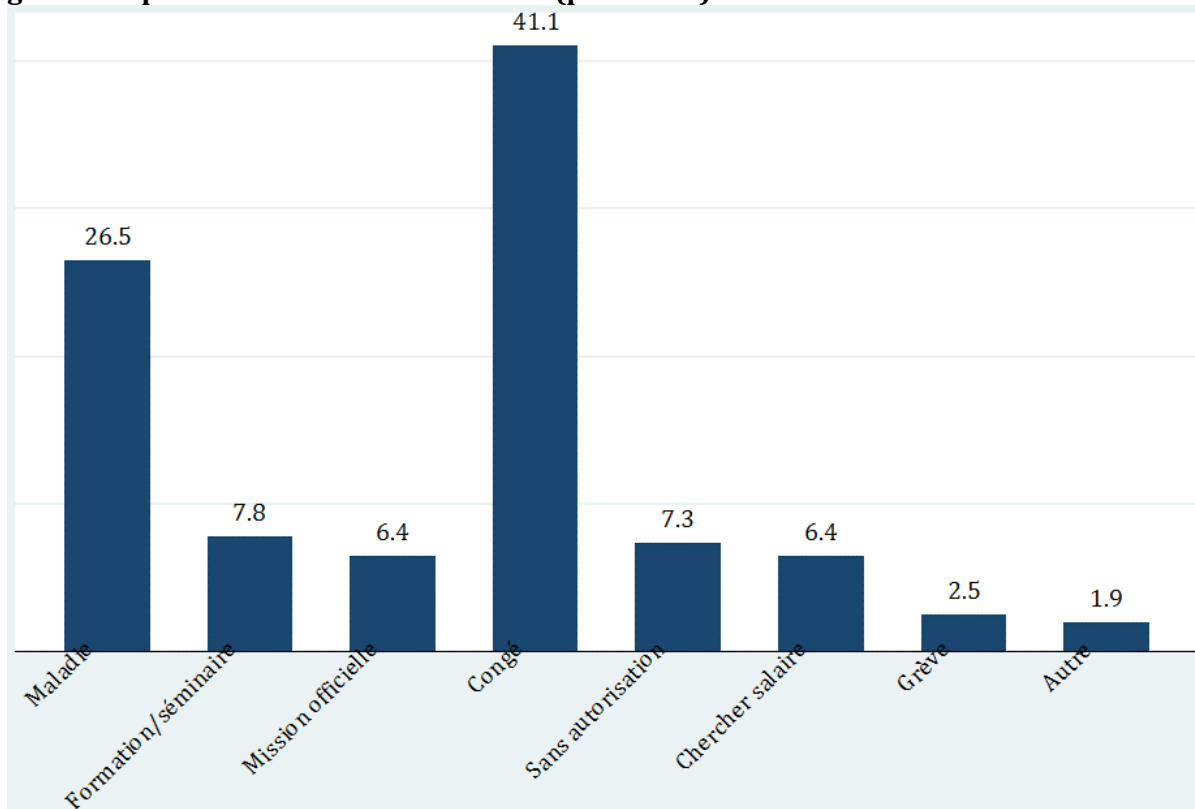
Établissements	Niger	Public	Privé	Diff. (%) ^a	Public rural	Public urbain	Diff. (%) ^a
Tous établissements	33,1	33,3	30,7	-7,8	31,1	34,0	9,3
Cases de santé	18,9	18,9	„	„	18,9	„	„
Centres de santé	34,1	34,2	32,5	-5,0	35,0	33,9	-3,1

Notes : Les hôpitaux n'apparaissent pas dans les tableaux sur les taux d'absence. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

L'écrasante majorité (près de 82 pour-cent) du total des absences était approuvée. Les motifs d'absence étaient multiples, certains justifiés et d'autres non justifiés (Figure 3). Outre le congé annuel (41,1 pour-cent), les prestataires étaient en arrêt de travail (26,5 pour-cent) ou en formation (7,8 pour-cent). Parmi les absences non justifiées, les motifs non autorisés arrivaient en tête (9,2 pour-cent), suivis par les démarches nécessaires pour la perception des salaires, lesquels ne sont pas transférés directement sur les comptes du personnel.

³ Le Tableau 35 à l'Annexe C fournit des résultats plus détaillés.

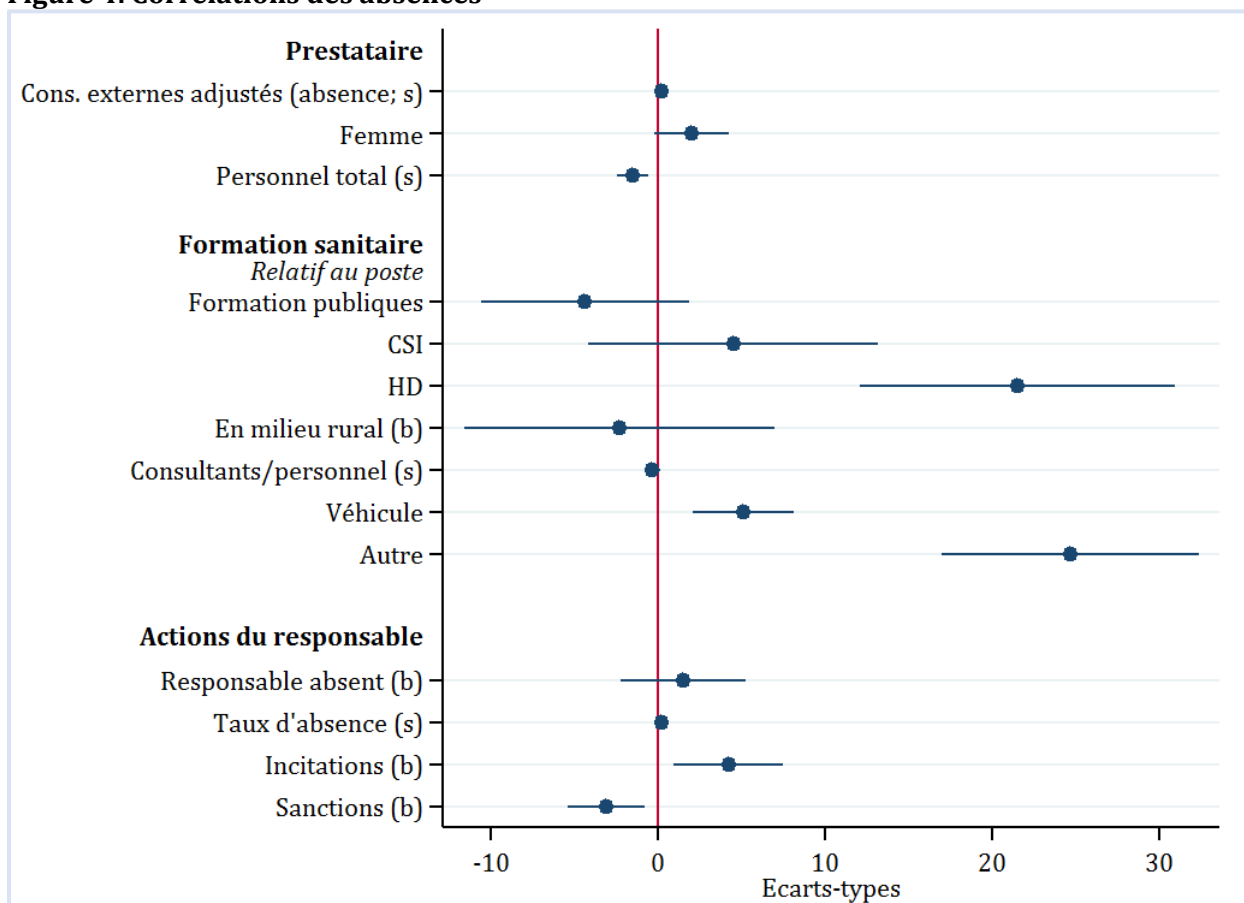
Figure 3. Répartition des motifs d'absence (pour-cent)



Notes : Les arrêts de travail englobent à la fois les congés maladie et les congés maternité. Les totaux peuvent être légèrement différents de 100, car les chiffres sont arrondis.

La Figure 4 montre les effets marginaux des corrélations des taux d'absence, qui sont détaillés dans le Tableau 37. Les corrélations suggèrent quelques facteurs clés : l'éloignement, le type d'établissement et l'effectif total du personnel soignant, la charge de travail et les collègues, et l'influence de la direction jouent un rôle. Les établissements les plus distants, nécessitant soit des moyens de transport comme des bateaux/animaux (écart-type d'absence +24,7 ; $p < 0,01$) soit des véhicules (+5,1 ; $p < 0,01$), sont les plus associés à des absences. Les hôpitaux (+21,5 ; $p < 0,01$), en dépit d'une variable pour le nombre de personnel de l'établissement (-1,5 ; $p < 0,01$), ont quand même une corrélation largement supérieure à celle des cases de santé. La charge de travail ajustée en fonction du nombre de patients (0,2 ; $p < 0,01$) et l'absence des collègues (0,2 ; $p < 0,01$) ont les mêmes incidences. Enfin, quand la direction fournit des commentaires négatifs (-3,1 ; $p < 0,05$) ou positifs (4,2 ; $p < 0,05$), cela a un impact. Il est intéressant de noter, au vu des expériences acquises dans d'autres enquêtes IPS, que l'absence de la direction n'a pas de corrélation significative avec l'absence du personnel. Dans d'autres cas, notamment dans l'éducation au Niger, l'absence de la direction a un impact majeur sur l'absence du personnel.

Figure 4. Corrélations des absences



Note : les statistiques de synthèse pour les variables sont fournies dans le Tableau 36 et les effets marginaux figurent dans le Tableau 37. Les variables avec « (s) » sont standardisées et celles avec « (b) » sont binaires.

D. Exactitude du diagnostic

Capacités et connaissances du prestataire. La présence de professionnels de santé dans les établissements est une condition nécessaire, mais insuffisante pour fournir des services de santé de qualité. Pour cette raison, la qualité a aussi été évaluée à l'aide de deux indicateurs de qualité des processus (le respect des directives cliniques pour cinq pathologies courantes retenues et la gestion des complications maternelles et néonatales) et un indicateur de qualité des résultats, d'exactitude du diagnostic, pour cinq pathologies courantes retenues.

Au Niger, ces affections sont importantes, tant pour la morbidité que la mortalité. Les principales charges de morbidité citées par l'Organisation mondiale de la santé pour les enfants âgés de moins de 5 ans sont le paludisme (19 pour-cent), les infections respiratoires aiguës (18 pour-cent), les maladies diarrhéiques (12 pour-cent) et l'asphyxie néonatale (8 pour-cent). Dans l'ensemble, au Niger, les trois premières causes de décès en 2012 étaient les infections des voies respiratoires inférieures (15,1 pour-cent), le paludisme (10,4 pour-cent), et les maladies diarrhéiques (9,6 pour-cent). Les complications des naissances prématurées (5,2 pour-cent) et les affections maternelles (3,1 pour-cent) représentent deux des causes les plus importantes de décès au Niger.⁴

⁴ Profil pays du Niger (<http://www.who.int/gho/countries/ner.pdf?ua=1>) consulté en ligne le 21 novembre 2016.

Note méthodologique

Le choix des pathologies courantes retenues a été guidé par la charge de morbidité chez les enfants et les adultes, et selon que l'affection se prête ou non à l'utilisation d'un outil de simulation, c'est-à-dire, selon que l'affection présente des symptômes permettant d'évaluer la capacité du prestataire à faire un diagnostic correct avec l'outil de simulation. Trois affections utilisées comme pathologies courantes retenues étaient des maladies infantiles (paludisme avec anémie ; diarrhée avec déshydratation sévère et pneumonie) et deux étaient des maladies d'adultes (tuberculose pulmonaire et diabète). Deux autres affections ont été prises en compte : hémorragie post-partum et asphyxie néonatale. La première est la cause la plus fréquente de mortalité maternelle pendant l'accouchement, et l'asphyxie néonatale est la cause principale de décès du nouveau-né pendant l'accouchement. Le bon diagnostic et la bonne gestion de ces sept affections peuvent éviter une part importante de la mortalité et de la morbidité des enfants et des adultes.

Ces indicateurs ont été mesurés à l'aide de la méthode de simulation de cas clinique, également appelée méthode des vignettes cliniques. Les vignettes cliniques sont une méthode très répandue, principalement pour mesurer les connaissances et le raisonnement clinique des cliniciens (ou cliniciens stagiaires). Une vignette peut être conçue pour mesurer les connaissances sur un diagnostic ou une situation clinique spécifique tout en obtenant un aperçu des compétences dans l'exécution des tâches nécessaires au diagnostic et aux soins fournis à un patient. Selon cette méthodologie, l'un des agents de terrain agit comme un patient de l'étude de cas et il/elle présente au clinicien des symptômes spécifiques à partir d'un script soigneusement structuré, tandis qu'un autre enregistre les interactions. Il est demandé au clinicien, qui est informé de la simulation du cas clinique, de considérer l'enquêteur comme un patient réel. Pour chaque établissement, les simulations de cas sont présentées à un maximum de 10 professionnels de santé sélectionnés de façon aléatoire qui effectuent des consultations externes. S'il y a moins de 10 professionnels de santé qui fournissent des soins, tous les prestataires sont interrogés.

Pour plus d'informations sur la méthodologie, voir www.SDIndicators.org. Deux autres méthodes couramment utilisées permettent de mesurer les connaissances et les capacités des prestataires, et chacune présente des avantages et des inconvénients. L'inconvénient le plus important dans les simulations de cas cliniques est que la situation n'est pas réelle et que cela peut fausser les résultats. Le sens de ce biais potentiel rend cette question moins préoccupante. En effet, la littérature suggère que le sens de ce biais risque d'être orienté vers le haut, suggérant que nos estimations peuvent être considérées comme des estimations de la limite supérieure de la véritable capacité clinique. L'approche de la simulation de cas clinique offre des avantages clés étant donné le champ d'application et l'échelle de la méthodologie des indicateurs de prestation de services : (i) un processus d'approbation éthique relativement simple est requis dans la mesure où aucun patient n'est observé ; (ii) il y a une normalisation du mélange d'affections et de la gravité des cas présentés au clinicien ; et (iii) le choix des pathologies courantes retenues n'est pas limité par le fait qu'un faux patient ne peut imiter certains des symptômes.

Dans cette section, deux mesures de la qualité des processus (respect des directives cliniques et gestion des complications maternelles et néonatales) et deux mesures de résultats intermédiaires (précision diagnostique et pertinence du traitement par rapport aux directives) sont utilisées. Les résultats des mesures utilisées pour évaluer les connaissances et les capacités des prestataires sont présentés ci-dessous.

Les prestataires ont fait le bon diagnostic dans environ un tiers (31,5 pour-cent) des pathologies courantes retenues (Tableau 12), les médecins ayant les meilleurs résultats (51,5 pour-cent). Les prestataires privés obtiennent de meilleurs résultats que les prestataires publics, et c'est aussi le cas des prestataires publics urbains par rapport aux prestataires publics des zones rurales. L'exactitude du diagnostic spécifique aux maladies est détaillée dans le Tableau 43 à l'Annexe C et par région au Tableau 47 à l'Annexe C.

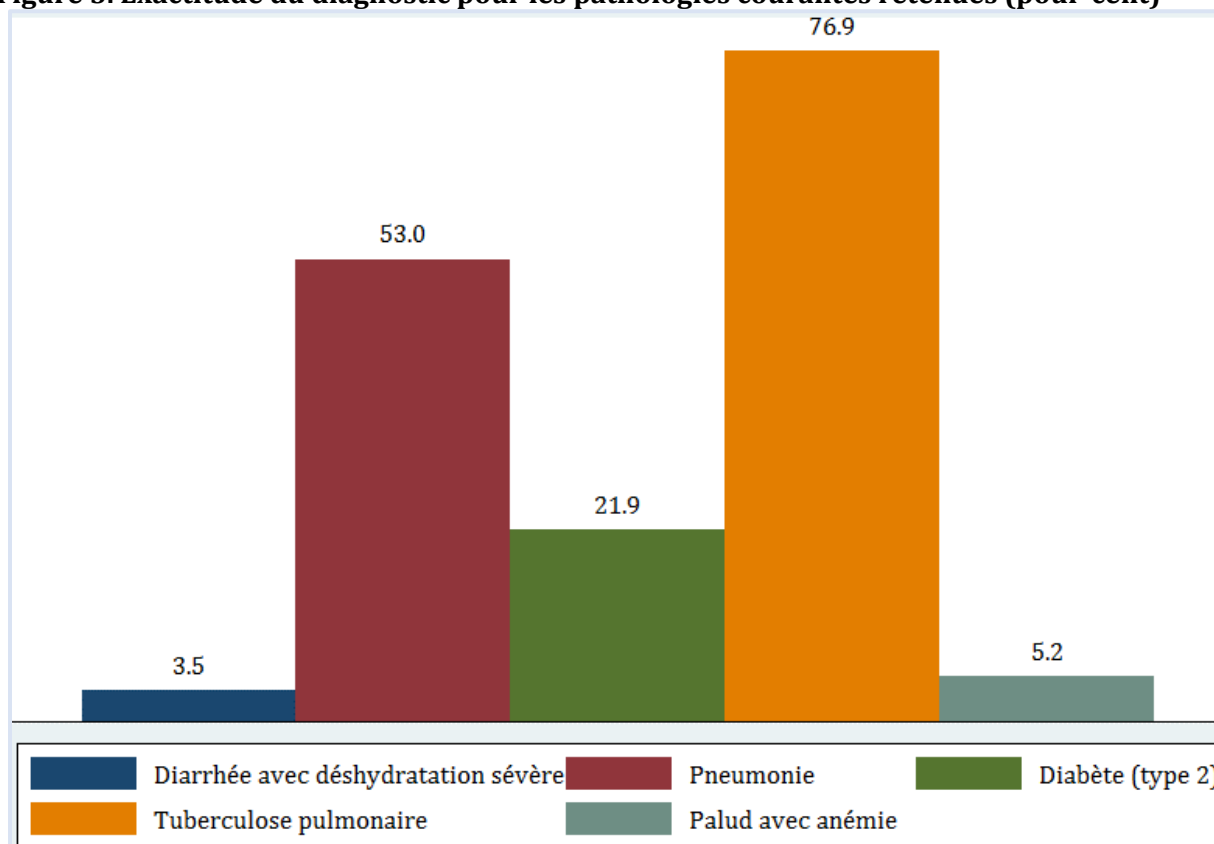
Tableau 12. Exactitude du diagnostic pour les cinq pathologies courantes retenues, par type de cadre de santé

Cadre (pour-cent)	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les cadres	31,5	31,4	34,8	24,4	27,9	38,6***	40,9
Médecins	51,5						
Techniciens supérieurs	28,2***	28,5	25,7	-9,8	30,5	28,3	-7,2
Personnel infirmier et sages-femmes	36,3***	36,6	32,0	-12,6	33,2	41,1**	23,8

Note : il y a 35 médecins, par conséquent les données ventilées ne sont pas significatives. Aux fins de comparaison avec d'autres pays, un « technicien supérieur » est traité comme un assistant médical. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types de cadres de santé sont établies par rapport aux médecins. Seuils de signification : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

En utilisant comme indicateur la capacité à diagnostiquer correctement les cinq pathologies courantes retenues, les Figures 5 et 6 soulignent la disparité des compétences dans le système de santé nigérien. Des problèmes de santé courants, comme la diarrhée avec déshydratation sévère et le paludisme avec anémie, ne sont pas bien diagnostiqués (Figure 5). Cela tient en partie au fait que les prestataires n'identifient pas les pathologies co-prévalentes, par exemple, le niveau de déshydratation avec la diarrhée (aiguë) et l'anémie avec le paludisme. Conformément à la pratique médicale, l'incapacité à identifier ces pathologies est définie comme une incapacité à poser un diagnostic correct.

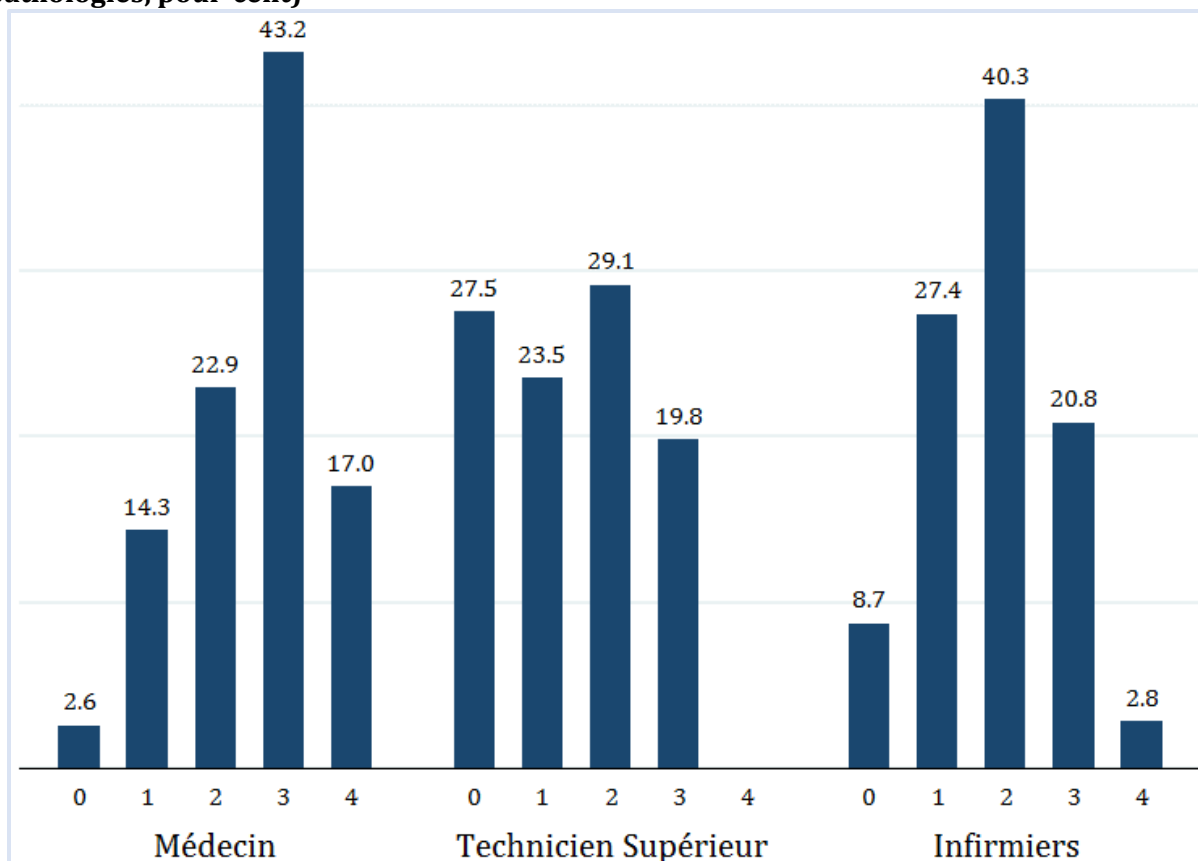
Figure 5. Exactitude du diagnostic pour les pathologies courantes retenues (pour-cent)



Note : données pondérées et seulement pour les médecins, techniciens supérieurs et infirmiers.

Comme il y a peu de médecins dans les catégories étudiées, l'accent est mis principalement sur les assistants médicaux et le personnel infirmier, qui constituent la majorité du personnel (Figure 6). Les assistants médicaux obtiennent des résultats inférieurs à ceux du personnel infirmier et présentent des écarts plus importants que les infirmiers. Le personnel infirmier a tendance à diagnostiquer correctement deux affections, et ce résultat est homogène que les infirmiers soient ou non divisés en sous-catégories.⁵ Le Tableau 42 et le Tableau 44 dans l'Annexe C présentent des informations supplémentaires sur l'exactitude des diagnostics relatifs à des maladies spécifiques par type d'établissement.

Figure 6. Exactitude du diagnostic des prestataires pour les traceurs (nombre de pathologies, pour-cent)



Note : données pondérées. Les valeurs de l'axe horizontal sont le nombre de cas correctement diagnostiqués.

Si l'on compare les niveaux d'établissements, le Tableau 44 présente une tendance similaire : les établissements de niveau supérieur traitent mieux les pathologies plus complexes. Un cas frappant est celui du paludisme avec anémie, pour lequel les personnels des cases de santé et des centres de santé intégrés ont 40 pour-cent ($p < 0,01$) et 21 pour-cent ($p < 0,05$) plus de chance que celui des hôpitaux d'identifier seulement un simple paludisme. Cependant, les cases de santé fournissent 45,7 pour-cent des informations sur le paludisme recommandées dans les directives nationales, contre 17,7 pour-cent dans les hôpitaux ($p < 0,01$). Plus largement, le modèle de diagnostic des différentes pathologies est conforme à celui souhaité dans un système de santé : les affections les plus répandues et les plus simples sont traitées au bas de la pyramide sanitaire, tandis que les plus

⁵ Dans l'ordre, la tuberculose pulmonaire et la pneumonie sont les simulations correspondant aux plus hauts taux de précision de diagnostic pour les infirmiers.

complexes sont traitées à un niveau supérieur, avec l'inconvénient que les taux de diagnostic de la diarrhée avec déshydratation sévère (3,0 pour-cent) et du paludisme avec anémie (5,2 pour-cent) sont très faibles.

E. Respect des directives cliniques

né

Note méthodologique

L'évaluation de la qualité des procédures est basée sur deux indicateurs : (i) le respect par les cliniciens des directives cliniques dans cinq pathologies courantes retenues ; et (ii) la gestion par les cliniciens des complications maternelles et néonatales. L'ancien indicateur était une moyenne non pondérée de la part des questions pertinentes sur les antécédents et la part des examens pertinents effectués pour les cinq pathologies courantes retenues. La série de questions est limitée à des questions centrales ou importantes comme indiqué dans le Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né (PCIME).

Le deuxième indicateur de qualité des procédures est la capacité des cliniciens à gérer les complications maternelles et néonatales, c'est-à-dire l'hémorragie post-partum et l'asphyxie néonatale. Cet indicateur reflète la part non pondérée des actes thérapeutiques pertinents proposés par le clinicien. La série de questions est limitée à des questions centrales ou importantes comme indiqué dans le PCIME et les ordinogrammes du Niger pour les pathologies courantes retenues.

Le respect des directives a été positivement corrélé au niveau de formation : les médecins ont de meilleurs résultats que les assistants médicaux qui, à leur tour, ont de meilleurs résultats que les infirmiers (voir le Tableau 41 dans l'Annexe C). Chez les infirmiers, il n'y a généralement pas de différence statistiquement significative entre les deux types les plus présents dans les données, les « infirmiers diplômés d'État ou IDE » et les « infirmiers certifiés », même si les premiers suivent trois ans d'études secondaires puis trois années de formation, alors que les seconds suivent un enseignement primaire puis deux ans de formation. Les résultats spécifiques à chaque maladie sont détaillés dans Tableau 42 et Tableau 44 de l'Annexe C.⁶

Tableau 13. Respect des directives cliniques par type de cadre de santé

Cadre (pour-cent)	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les cadres	17,4	17,3	19,8	14,5	17,2	17,4	1,2
Médecins	26,9						
Assistants médicaux	18,5	19,0	13,9	-26,8	22,9	18,5	-19,2
Personnel infirmier et sages-femmes	17,5	17,7	14,2**	-19,8	18,5	16,8	-9,2

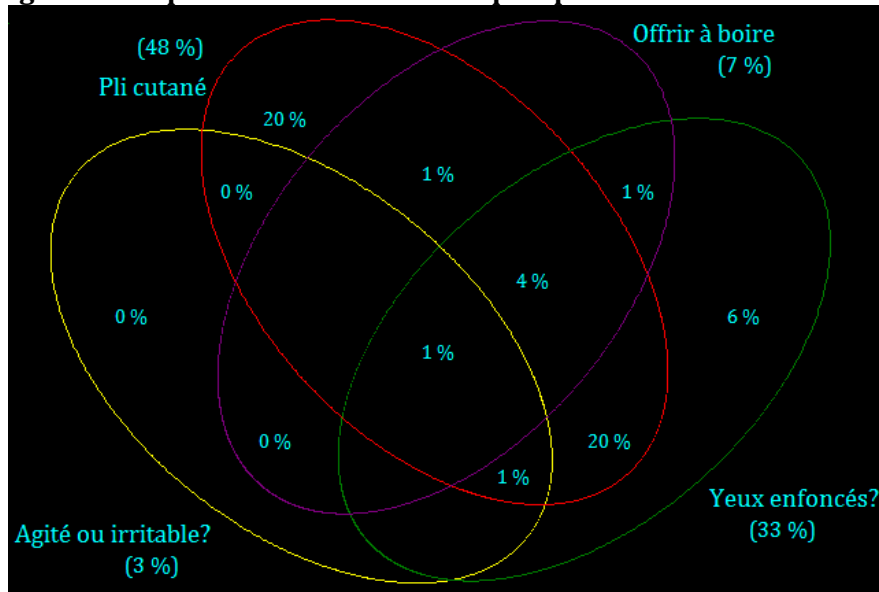
Note : Il y a 35 médecins, par conséquent les données ventilées ne sont pas significatives. Aux fins de comparaison avec d'autres pays, un « technicien supérieur » est traité comme un assistant médical. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

La Figure 7 fournit un exemple de résultats pour un des cinq cas utilisés pour élaborer l'indicateur de respect des directives cliniques. Parmi les principaux signes à repérer selon les Directives de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né (PCIME) figurent les quatre signes indiqués dans la figure. Cette dernière montre que plus de la moitié des prestataires ne contrôle

⁶ . L'enquête a montré que 52 pour-cent des formations sanitaires avaient des directives de traitement avec 1,65 plus de chance de les trouver dans les formations publiques urbaines par rapport aux formations publiques rurales (p<0,05) et une date moyenne de publication de 2009.

aucun de ces signes. Le pincement du pli cutané est fait par 48 pour-cent des prestataires, les questions visant à savoir si l'enfant est léthargique ou inconscient sont posées par 27 pour-cent d'entre eux, tandis que moins de 10 pour-cent proposent de l'eau à boire (7 pour-cent) ou demandent si l'enfant est agité ou irritable (3 pour-cent). Les résultats de diagnostic ne sont donc pas surprenants au vu du respect relativement faible des directives. Dans le cas de la déshydratation, l'évaluation de la gravité nécessite de multiples réponses positives, qui ne sont pas possibles dans la mesure où les prestataires posent rarement plus d'une question. Parmi les questions qui permettent d'identifier le niveau de gravité, 2 pour-cent des prestataires interrogés ont posé des questions sur le test du pli cutané, sur l'agitation ou l'irritabilité et sur la léthargie.

Figure 7. Respect des directives cliniques pour la diarrhée avec déshydratation sévère



Les données présentées concernent les prestataires qui ont correctement identifié le cas clinique, à savoir la diarrhée avec déshydratation sévère. Le pourcentage après une question indique le pourcentage de prestataires qui ont posé la question (par ex. 3 pour-cent pour « agité et irritable ? ») Les pourcentages dans les cercles sont les pourcentages de prestataires qui ont posé deux questions ou plus (par ex. 0 pour-cent ont proposé ou réalisé un test du pli cutané et ont vérifié si l'enfant était agité ou irritable).

La Figure 7 met en évidence ceux qui ont réussi. Comme l'enfant présentait une diarrhée, la difficulté consistait à identifier la déshydratation. Les principales questions du Panneau A du Tableau 14 montrent que les prestataires ont souvent omis de poser toutes les questions clés et d'interpréter ensuite les réponses. Près de la moitié des prestataires ont demandé les résultats du test du pli cutané (colonne « questions posées »), mais beaucoup moins ont posé des questions sur les yeux enfoncés (33 pour-cent) ou si l'enfant pouvait boire quand on lui proposait de l'eau (6,7 pour-cent). Cependant, deux signes de gravité (identifiés par un « (G) » dans le tableau) sont exigés pour classer l'enfant dans la catégorie « sévèrement déshydraté » selon la PCIME. Les prestataires ont obtenu de meilleurs résultats quand ils posaient au moins deux questions. Toutefois, les taux restent globalement faibles.

Une comparaison de la pneumonie et de la diarrhée montre comment les questions clés peuvent apporter une aide. Des questions sur la gravité ont été posées plus souvent, et mieux utilisées, car il y avait des différences statistiquement significatives dans l'interprétation des informations par rapport aux prestataires qui ne posaient pas les questions. Les infirmiers ont été les principaux bénéficiaires du fait d'avoir posé les bonnes questions. Confirmant ce qui apparaît dans le Panneau

B du tableau, les prestataires qui ont posé plus de questions clés sur la gravité étaient plus susceptibles de diagnostiquer correctement le cas de pneumonie.

Tableau 14. Questions clés de la PCIME et performance diagnostique (pour-cent)

Item	Question posée	Diagnostic correct avec l'item			Diagnostic correct sans l'item	
		Médecin	Technicien supérieur	Infirmier	Médecin	Technicien supérieur
A. Diarrhée avec déshydratation sévère						
Durée de la diarrhée	78,0	4,4**	15,0	5,2	5,6	0,5**
Sang dans les selles	43,0	4,9	23,3	0,0	6,9	2,6
Léthargique ou inconscient	26,5	8,2**	33,8*	14,5*	10,4	1,9**
Agité ou irritable (G)	2,7	22,5***	86,1***	0,0	14,4	3,0***
Yeux enfoncés (G)	33,0	8,2***	19,7	12,2	10,5***	1,3***
L'enfant peut-il boire ? (G)	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8
Test du pli cutané (G)	47,7	6,9***	18,6	7,9	8,1***	0,6***
Deux questions quelconques sur la gravité (G)	23,9	9,0***	22,7	12,8*	12,4***	1,1***
Toutes les questions sur la gravité (G)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,00
Observations (échantillon)	524	15	35	40	239	524
B. Pneumonie						
Capable de boire	3,2	68,8	0,0	100,0	100,0	52,5
Durée de la toux	80,6	53,8	79,1*	52,3***	59,4*	49,6
Fièvre	69,6	55,5	86,1	32,0	63,5	47,5
Problèmes respiratoires (G)	22,1	79,8***	100,0	27,2	93,2***	45,4***
Léthargique ou inconscient	8,9	79,6***	100,0	38,5	87,6***	50,4***
Fréquence respiratoire (G)	35,2	73,4***	70,1	55,1	81,9***	41,9***
Poids	20,1	73,9***	90,0	39,7	83,1**	47,8***
Tirage sous-costal (G)	39,7	70,3***	94,1***	57,9*	73,5***	41,6***
Stridor (G)	8,6	69,4**	36,0*	0,0	68,0	51,5**
Dépistage du paludisme	34,5	50,8	98,7***	47,8	66,1	54,2
Toutes les questions sur la gravité posées (G)	3,5	85,3**	100,0	0,0	89,2	51,8**
Observations (échantillon)	519	273	35	36	238	519

Notes : Les seuils de signification sont basés sur un test Pearson d'un tableau à double entrée pour chaque item (question posée/non posée) et du résultat de diagnostic (correct/incorrect). Les niveaux de signification sont *** (p<0,01) ** (p<0,05) et * (p<0,1) ; les estimations et les erreurs-types sont pondérées pour tenir compte de la conception complexe de l'enquête. Les items marqués d'un « (G) » sont ceux identifiés dans le PCIME comme les questions visant à classer le niveau de gravité de la déshydratation ou de la pneumonie. Les observations sous « diagnostic correct avec l'item » renvoient au nombre total de diagnostics corrects.

Des analyses similaires réalisées au Togo pour la diarrhée donnent des résultats différents (Tableau 15). Les prestataires étaient généralement à la fois plus susceptibles de poser des questions importantes et de produire le diagnostic correct une fois qu'ils recevaient les informations. Les questions sur la gravité sont particulièrement importantes et les prestataires étaient généralement mieux à même d'utiliser ces informations. Les prestataires étaient aussi beaucoup plus susceptibles de poser les quatre questions sur la gravité ; toutefois seulement la moitié des prestataires qui a posé les quatre questions est parvenue au diagnostic correct, ce qui est inquiétant pour le Niger.

Tableau 15. Questions clés de la PCIME et performance diagnostique pour le Togo (pour-cent)

Item	Question posée	Diagnostic correct avec l'item	Médecin	Technicien supérieur	Infirmier	Diagnostic correct sans l'item
Durée de la diarrhée	87,6	27,7	46,6	58,7***	19,6	12,8
Sang dans les selles	32,3	25,0	18,6	44,9	16,8	26,3
Léthargique ou inconscient	39,6	38,9***	41,3	62,7***	24,1	17,4***
Agité ou irritable (G)	4,9	97,7***	29,9	96,6***	100,0***	22,2***
Yeux enfoncés (G)	45,2	33,8	28,5	51,5	23,8	19,4
L'enfant peut-il boire ? (G)	31,8	50,0***	34,0	58,9	44,5***	14,6***
Test du pli cutané (G)	76,7	29,9	45,5**	50,1	22,0	13,1
Toutes les questions sur la gravité (4)	21,1	52,0***	30,3	64,1*	37,5*	18,8***

Note : Les seuils de signification sont basés sur un test Pearson d'un tableau à double entrée pour chaque item (question posée/non posée) et du résultat de diagnostic (correct/incorrect). Les niveaux de signification sont *** (p<0,01) ** (p<0,05) et * (p<0,1) ; les estimations et les erreurs-types sont pondérées pour tenir compte de la conception complexe de l'enquête. Les items marqués d'un « (G) » sont ceux identifiés dans le PCIME du Togo comme les questions visant à classer le niveau de gravité de la déshydratation.

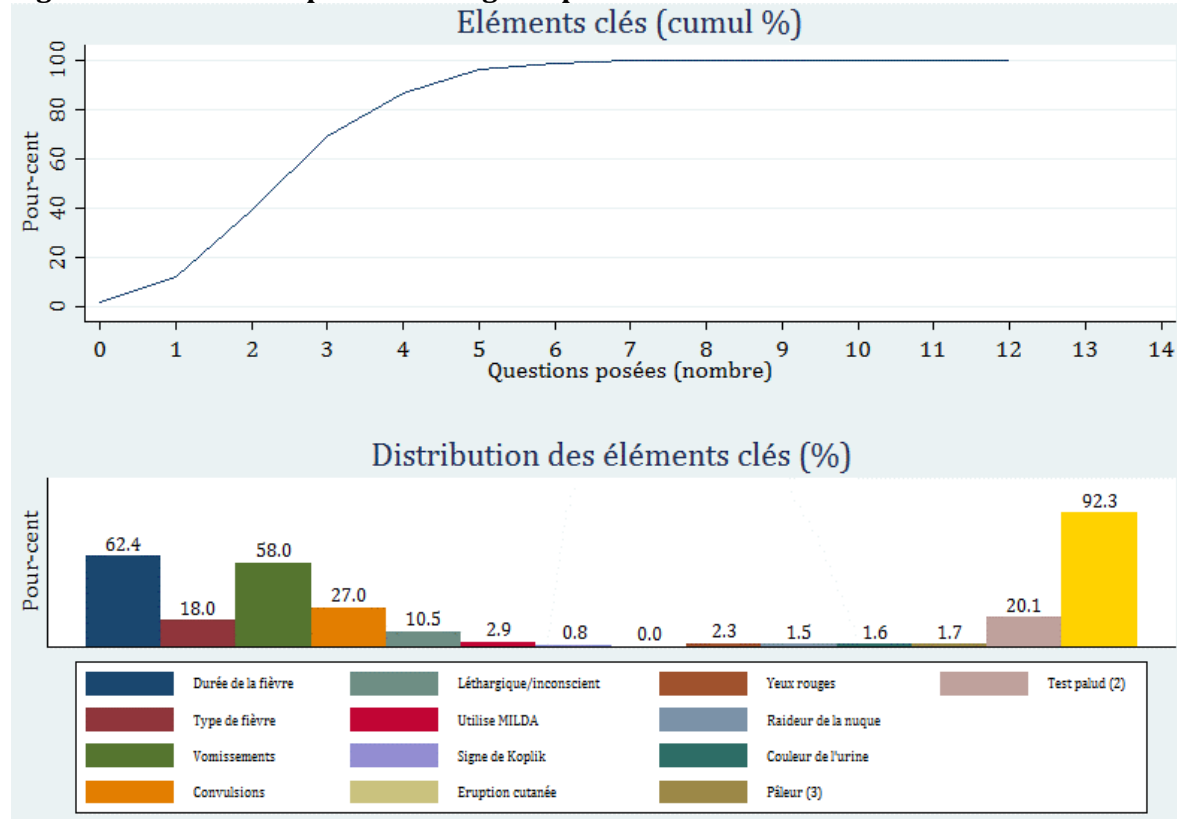
Le lien entre les directives et le diagnostic est généralement positif. Toutefois, les questions, les examens physiques et le travail de laboratoire commandés par les prestataires varient selon les différentes simulations. Les prestataires posent généralement des questions sur la diarrhée, le diabète sucré et la tuberculose. Cependant, s'ils ont d'assez bons résultats dans l'utilisation des informations sur la tuberculose pour établir le diagnostic, ils ont des résultats médiocres pour la diarrhée, car ils ne constatent pas la sévérité de la déshydratation. Les prestataires ne posent pas beaucoup de questions sur la pneumonie ni sur le paludisme. Bien que 92 pour-cent des prestataires évalués effectuent un dépistage du paludisme (test par microscope ou test de diagnostic rapide), seulement 87,5 pour-cent de ceux qui effectuent le test fournissent un traitement à base de médicaments antipaludiques, et 4,5 pour-cent de ceux qui n'effectuent pas le test fournissent tout de même des médicaments antipaludiques. Les prestataires font généralement un meilleur diagnostic quand ils suivent les directives, mais la recherche dans d'autres pays suggère qu'ils peuvent trouver fastidieux de s'y conformer.⁷ Étant donné le nombre de patients observés au Niger pour les rapports du SNIS, cela ne devrait pas constituer un obstacle majeur. Plutôt, comme le montre le Tableau 14, une part significative des prestataires semble plutôt ne jamais poser les questions clés ou ne pas interpréter correctement les réponses reçues pour un certain nombre de patients.

Les problèmes liés aux questions clés sont également traités dans la Figure 9 et la Figure 10 à l'Annexe C. Environ 10 pour-cent des prestataires posent la plupart des questions clés pour les cinq pathologies courantes retenues. Toutefois, cela est contrebalancé par le constat que 71,8 pour-cent des prestataires ne posent pas la moitié des questions clés des directives pour aucun des pathologies courantes retenues, et que 85,4 pour-cent des prestataires ne posent pas trois quarts des questions clés des directives pour aucun des pathologies courantes retenues. La Figure 8 examine ce point plus en détail dans le contexte du paludisme avec anémie au travers des détails liés aux questions clés, aux éléments physiques et aux données de laboratoire. Parmi les questions qui identifient les signes de danger et permettent d'exclure d'autres pathologies, 40 pour-cent des cliniciens examinent trois items ou moins, plus de 70 pour-cent ne posent pas plus de quatre questions, et à peu près aucun ne pose plus de huit questions. La répartition des questions dans le panneau inférieur montre qu'environ un clinicien sur cinq pose des questions sur la pâleur (palmaire, lit de l'ongle, ou conjonctive), ce qui rend difficile l'identification de l'anémie et aboutit aux taux de validité de diagnostic observés. Même quand ils posent des questions sur la pâleur, seuls 21,4 pour-cent des

⁷ Lange, Mwisongo, et Mæstad (2014), « Why don't clinicians adhere more consistently to guidelines for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)? »

prestataires diagnostiquent correctement le cas (à comparer à 1,1 pour-cent dans le cas contraire ; $p < 0,01$).

Figure 8. Éléments de prise en charge du paludisme



Après le diagnostic, il subsiste des inquiétudes avec les soins, comme le montre le Tableau 16, qui indique les ordonnances fournies par les cliniciens ayant correctement identifié un paludisme simple avec anémie. En procédant comme ils l'auraient fait normalement dans leur environnement de travail, seulement 49,6 pour-cent des prestataires ont prescrit une ordonnance pour de l'artéméthér-luméfantrine (Coartem, pour le paludisme) et 59,5 pour-cent ont prescrit une ordonnance pour une source de fer (fer ou fer et acide folique ; pour l'anémie). Il est intéressant de noter que si tous les prestataires affirment avoir voulu prescrire de l'artéméthér-luméfantrine antipaludique s'ils en avaient (colonne « ordonnance idéale »), 43,2 pour-cent des prestataires ne l'ont pas prescrit alors qu'ils l'avaient en stock. Les prescriptions de fer suivent une tendance similaire avec 100 pour-cent de prestataires déclarant qu'ils en prescriraient, mais 39,9 pour-cent qui ne le prescrivent pas alors qu'ils ont au moins une dose non expirée disponible en pharmacie. Comme l'échantillon est limité à ceux qui ont correctement diagnostiqué la pathologie, cela laisse penser que le respect des directives est insuffisant.

Tableau 16. Soins du paludisme simple avec anémie parmi ceux qui ont posé le bon diagnostic

Pourcentage	Disponibilité	Ordonnance		Ordonnance et disponibilité en pharmacie			
		Cas actuel	Cas sans contraintes	Non/Non	Oui/Non	Non/Oui	Oui/Oui
Coartem	85,2	49,6	100	7,3	7,6	43,2	42,1
Paracétamol	85,8	63,5	87,9	2,6	11,6	33,9	51,9
Fer	87,3	59,5	100	0,6	12,1	39,9	47,4***
Fer et acide folique	83,7	18,6	39,3	13,8	2,5	67,6	16,1
Fer	71,9	45,7	72,0	11,5	16,7	42,8	29,0
Vermifuge	91,1	0,0	0,0	8,9	0	91,1	0
Albendazole	87,9	0,0	0,0	12,1	0	87,9	0
Mebendazole	86,5	0,0	0,0	13,5	0	86,5	0

Note : La disponibilité en pharmacie signifie qu'il y a au moins une dose non expirée vue par l'équipe d'enquête dans la pharmacie de l'établissement. Le vermifuge est spécifié comme étant de l'Albendazole ou du Mebendazole dans le questionnaire, les informations de prescription sont donc répétées pour chaque médicament. L'« ordonnance idéale » correspond à la situation dans laquelle les prestataires pourraient accéder à tout ce dont ils ont besoin. Dans l'échantillon, 34 cliniciens ont correctement diagnostiqué le cas. Les seuils de signification sont *** (p<0,01) ** (p<0,05) et * (p<0,1) ; les estimations et les erreurs-types sont pondérées pour tenir compte de la conception complexe de l'enquête.

F. Prise en charge des complications maternelles et néonatales potentiellement mortelles

Le deuxième indicateur de la qualité du processus est la capacité des cliniciens à gérer les complications maternelles et néonatales (Tableau 17). Cet indicateur reflète le pourcentage des actes thérapeutiques pertinents proposés par le clinicien (poids égal pour chaque acte). À l'exception des médecins-conseils dans les établissements publics ruraux, le respect par les prestataires des recommandations est toujours inférieur à celui observé pour les pathologies courantes retenues. Les sages-femmes, qui sont spécialisées dans la planification familiale et les soins obstétricaux connexes, enregistrent presque toujours des résultats similaires, ou supérieurs, à ceux des médecins. La seule exception concerne les examens dans le cas de l'asphyxie néonatale. Cependant, le taux de diagnostic des sages-femmes (91,4 pour-cent) est supérieur de 10,9 points de pourcentage à celui des médecins (qui arrivent en second, p<0,05) et généralement supérieur de plus de 20 points de pourcentage à celui des autres catégories de prestataires. Bien que le respect des directives soit généralement faible par type d'établissement, il est inférieur de 27,6 pour-cent dans les cases de santé par rapport aux hôpitaux (p<0,01), comme indiqué dans le Tableau 46.

Tableau 17. Prise en charge des complications maternelles et néonatales par type de cadre de santé (pour-cent)

Pourcentage de cadres	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les cadres	12,0	12,1	10,9	-9,9	12,2	11,9	-2,5
Médecins	16,1						
Médecins-conseils	16,1	17,1	7,9***	-53,8	25,5	16,1*	-36,9
Personnel infirmier et sages-femmes	12,7	12,9	9,4**	-27,1	13,9	11,7	-15,8

Note : Il y a 35 médecins dans l'échantillon et les données ventilées ne sont par conséquent pas significatives. Aux fins de comparaison avec d'autres pays, un « technicien supérieur » est traité comme un assistant médical. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

Si l'on examine les données ventilées pour les deux cas (

Tableau 45), il y a des taux élevés de diagnostic et pourtant de faibles niveaux de traitement. Pour l'hémorragie du post-partum (HPP), les prestataires publics enregistrent un niveau de diagnostic de 70 pour-cent supérieur ($p < 0,01$), mais la qualité de leurs traitements est inférieure à celle des prestataires privés. Parmi les prestataires publics, les prestataires urbains effectuent 3,7 fois plus de tests ($p < 0,01$), mais ne diagnostiquent pas aussi bien, et la qualité de leurs traitements est inférieure de 28,7 pour-cent ($p < 0,01$). Parmi les types d'établissements étudiés pour l'hémorragie du post-partum (HPP) (Tableau 42), les cases de santé enregistrent un niveau de résultats de 62,5 pour-cent inférieur pour les principaux examens physiques ($p < 0,01$) et de 92,2 pour-cent inférieur pour les principaux tests ($p < 0,01$) à celui des hôpitaux, mais fournissent un niveau de traitement de 47,9 pour-cent supérieur, tel que mesuré par les actes, à celui des hôpitaux ($p < 0,01$). Les centres de santé obtiennent aussi des résultats inférieurs à ceux des hôpitaux pour les principaux tests (72,6 pour-cent ; $p < 0,01$), mais enregistrent un niveau de diagnostic de près de 25 pour-cent supérieur ($p < 0,05$) et fournissent un niveau de traitement de 57 pour-cent supérieur, tel que mesuré par les actes ($p < 0,01$).

Ce résultat sur le taux différent de tests en laboratoire est intéressant dans la mesure où les prestataires urbains sont plus susceptibles de les demander, mais ne fournissent pas globalement un meilleur traitement. L'enquête n'intégrait pas de questions relatives aux équipements qui étaient disponibles pour évaluer la compatibilité sanguine ou les taux d'hémoglobine. Par conséquent, l'hypothèse selon laquelle les équipements sont un facteur limitant doit être traitée en s'appuyant sur les questions posées aux prestataires une fois qu'ils ont fini de traiter le cas comme ils le feraient normalement dans leur établissement. Le paragraphe suivant décrit comment cela a été fait.

Au cours de l'enquête, il a d'abord été demandé aux prestataires de soigner les gens comme ils le feraient d'habitude dans leur établissement. Après la fin de la simulation, les enquêteurs leur ont demandé ce qu'ils feraient de plus s'ils disposaient d'un plateau technique complet. Tous ceux qui ont affirmé utiliser des équipements ou des médicaments dans leur environnement actuel ou qui n'ont toujours pas indiqué utiliser des équipements ou des médicaments sont regroupés dans la colonne « non ». Ceux qui ont ajouté des éléments sont codés « oui ». Cela permet de réaliser une analyse des contraintes liées aux équipements qui pèsent sur les compétences des prestataires, ce qui diffère du reste de l'analyse qui se concentre sur le contexte actuel.

Dans ce contexte, le Tableau 18 résume ce que les prestataires auraient fait s'ils avaient eu les ressources nécessaires pour les deux examens en laboratoire nécessaires pour les cas d'hémorragie post-partum. Globalement, 2,5 pour-cent des prestataires auraient fait un prélèvement sanguin pour analyse des groupes sanguins et de la compatibilité, et 9,4 pour-cent auraient vérifié les taux d'hémoglobine. Les différences sont principalement observées entre établissements publics et privés, parce que les établissements privés n'interrogent pas sur ce qu'ils n'utilisent pas dans leur pratique actuelle.

Tableau 18. Examens de laboratoire que les prestataires auraient demandé si des ressources étaient disponibles pour les cas d'hémorragie post-partum

Pour-cent	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Prélèvement sanguin pour analyse des groupes sanguins et de la compatibilité							
Tous établissements	2,5	2,5	0,0***	-100,0	2,0	3,7	85,0
Cases de santé	0,3	0,3	„	„	0,3	„	„
Centres de santé intégrés	4,4	4,6	0,0**	-100,0	4,2	5,1	21,4
Hôpitaux	1,0	1,0	„	„	„	1,0	„
Taux d'hémoglobine							
Tous établissements	9,4	9,6	0,0***	-100,0	8,2	12,5	52,4
Cases de santé	4,7	4,7	„	„	4,7	„	„
Centres de santé intégrés	13,5	13,9	0,0***	-100,0	12,7	15,5	22,0
Hôpitaux	6,9	6,9	„	„	„	6,9	„

Notes : L'échantillon comprend 16 hôpitaux, tous situés dans des zones urbaines. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux. Les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

La prise en charge de l'asphyxie néonatale est généralement inférieure à celle de l'hémorragie post-partum. Les prestataires publics ont de meilleurs résultats de diagnostic ($p < 0,10$), mais ne peuvent pas être statistiquement distingués des prestataires privés. Parmi les prestataires publics, la seule différence est que les prestataires ruraux effectuent 1,6 fois plus d'examens que leurs homologues urbains ($p < 0,10$), mais les prestataires ruraux publics effectuent en moyenne moins de la moitié d'un acte thérapeutique. Cela reste encore insuffisant. La présence ou l'absence d'équipements pour débloquer les voies respiratoires supérieures ou d'un ballon et d'un masque ne semble pas être un facteur, car très peu de prestataires affirment qu'ils les utiliseraient s'ils avaient accès à tous les équipements nécessaires.

G. Thématiques spéciales : première consultation prénatale et prééclampsie sévère

A la demande du Ministère de la Santé, deux modules ont été développés spécialement pour le Niger avec la participation de l'Hôpital Brigham and Women's Hospital et Ariadne Labs. Ces simulations ont été améliorées lors de phases d'adaptation et de pilotage au Niger pour refléter les ordinogrammes nigériens et ont été utilisés dans l'enquête. Le choix des vignettes a été influencé par le taux très élevé de fécondité (7,6 naissances par femme) et un taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 83 pour-cent.⁸ Des informations sont présentées ci-dessous par simulations. Des grands résultats par région sont disponible au Tableau 47.

Première consultation prénatale

Cette vignette simulait la première visite d'une femme enceinte pour la première fois. Les prestataires devaient faire les évaluations et analyses de risque, poser le diagnostic qu'une grossesse compliquée par une anémie modérée et estimer l'âge gestationnel de l'enfant. Le questionnaire était basé sur le protocole de la consultation prénatale recentrée qui était établi en utilisant comme référence les dernières directives de l'OMS. Au vu du nombre d'éléments dans le questionnaire, une

⁸ Source : Enquête Démographique et Santé 2012.

présentation agrégée est faite au Tableau 19. Les prestataires du public font mieux ($p < 0,10$) que ceux du privé pour les signes de danger ($p < 0,05$), les questions clés, les examens physiques et les soins ($p < 0,10$ individuellement pour les trois). Par contre, les prestataires du public diagnostiquent plus souvent une grossesse sans anémie que ceux du privé ($p < 0,10$). Pris sous l'angle de la région (Tableau 47 en Annexe C), il n'y a pas de variation significative au sens statistique dans le taux de bons diagnostics. Cependant, les prestataires de Tahoua ont 9,5 points de pourcentage plus de chance que ceux de Niamey de poser seulement le diagnostic de grossesse ($p < 0,05$).

Tableau 19. Grandes catégories de la première consultation prénatale (pour-cent)

Catégorie	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Signes de danger	7,9	8,1	4,4**	-45,7	8,9	6,3	-29,2
Questions clés	8,8	9,0	6,0*	-33,3	9,0	8,8	-2,2
Examens physiques	8,3	8,5	3,9*	-54,1	7,5	10,7	42,7
Examens para-cliniques	0,0	0,0	0,0	,	0,0	0,0	,
Diagnostic complet	0,8	0,7	1,5	114,3	1,0	0,2	-80,0
Diagnostic grossesse	91,7	92,1	84,6*	-8,1	92,9	90,3	-2,8
Soins	10,6	10,9	4,9*	-55,0	12,5	7,4	-40,8
Education du patient	5,2	5,4	2,3	-57,4	6,1	3,8	-37,7
Explication des risques	9,0	9,0	9,6	6,7	10,3	5,9	-42,7

Notes : les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux. Les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

L'anémie, qu'elle soit une complication de la grossesse ou pas, n'a été diagnostiquée par seulement 0,9 pour-cent des prestataires (0,8 pour-cent qui ont diagnostiqué la grossesse compliquée par l'anémie). Il n'y avait pas de variation statistiquement significative entre les cadres. Tel qu'indiqué ailleurs dans le rapport, une partie du problème pourrait venir de l'approche des prestataires aux soins : autant la palleur palmaire (14 pour-cent des prestataires) ou les examens de l'hémoglobine (4,8 pour-cent dans leurs conditions de travail actuelles, 6,5 pour-cent sans contraintes) n'ont pas fait l'objet d'évaluation, donc il aurait été difficile de déceler l'anémie. Mais, 15 pour-cent des prestataires ont donné une ordonnance pour trois mois de fer et d'acide folique. Les prestataires qui ont recherché l'anémie, indépendamment de la méthode ou du contexte (actuel ou idéal), avaient plus de chance d'ordonner la supplémentation en fer et acide folique ($p < 0,01$) indépendamment du contexte.

Prééclampsie sévère

Cette vignette simulait la visite d'une femme dans les dernières semaines de grossesse avec des signes d'une hypertension. Il était attendu des prestataires qu'ils reconnaissent l'urgence de la situation, qu'ils fournissent des soins immédiats et une référence s'ils ne pouvaient pas gérer la patiente dans leur structure. Au vu du nombre d'éléments, une présentation agrégée est faite au Tableau 20. Les prestataires du public ont fait mieux que ceux du privé dans les examens physiques et paramédicaux et dans les soins (tous $p < 0,01$). Parmi les prestataires du public, ceux en milieu urbain font mieux qu'en milieu rural dans les examens physiques et paramédicaux et les diagnostics ($p < 0,01$ pour tous). Globalement, la reconnaissance de la pathologie reste basse. Comme le Tableau 47 dans l'Annexe C le montre, les prestataires font moins bien en dehors de Niamey. Par exemple, le taux de diagnostic correct est de 14,8 pour-cent à Maradi ($p < 0,10$), 6,4 pour-cent à Tahoua ($p < 0,01$) et 11,6 pour-cent à Zinder ($p < 0,05$). Globalement, la reconnaissance de la prééclampsie sans considération de la sévérité

est toujours différente statistiquement de Niamey à Maradi (42,3 pour-cent ; $p < 0,01$), Tahoua (44,9 pour-cent ; $p < 0,10$) et Zinder (45,8 pour-cent ; $p < 0,01$).

Tableau 20. Grandes catégories de la prééclampsie sévère (pour-cent)

Catégorie	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Signes de danger	6,6	6,6	7,1	7,6	7,7	4,2	-45,5
Questions clés	11,8	11,9	10,2	-14,3	12,2	11,3	-7,4
Examens physiques	1,0	1,1	0,0***	-100,0	0,0	3,5***	,
Examens para-cliniques	1,6	1,7	0,0***	-100,0	0,0	5,4***	,
Diagnostic complet	10,9	11,1	8,5	-23,4	5,7	23,0***	303,5
Diagnostic, éclampsie	50,2	49,7	59,6	19,9	41,9	67,2***	60,4
Soins	5,6	5,8	2,2***	-62,1	6,0	5,1	-15,0

Notes : les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux. Les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

H. Disponibilité des médicaments

Note méthodologique

Cet indicateur est défini comme étant le nombre de médicaments dont un établissement dispose d'une unité ou plus, en proportion de l'ensemble des médicaments sur la liste. Les médicaments doivent être non périmés et leur présence doit avoir été constatée par les enquêteurs. La liste des médicaments contient des médicaments traceurs pour les enfants et les mères identifiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suite à une consultation mondiale sur les enquêtes auprès des établissements (Tableau 50).

En moyenne, les établissements de santé au Niger avaient 50,4 pour-cent de médicaments traceurs disponibles (Tableau 21). Les établissements publics ruraux ont 22 pour-cent de moins de médicaments traceurs de l'OMS disponibles ($p < 0,05$) que les établissements publics urbains, ce qui tient en grande partie aux écarts observés pour les centres de santé (17 pour-cent ; $p < 0,05$). Les cases de santé ont une disponibilité de médicaments 41,7 pour-cent inférieure ($p < 0,01$) à celle des Hôpitaux de district, mais les centres de santé et les hôpitaux ont la même disponibilité, statistiquement parlant. S'agissant de certaines populations bénéficiaires, il y a plus de médicaments pour les mères (19,7 pour-cent ; $p < 0,05$) et les enfants (19,3 pour-cent ; $p < 0,05$) dans les établissements publics urbains que dans les établissements publics ruraux. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les établissements publics et privés.

Tableau 21. Disponibilité des médicaments par type d'établissement (pour-cent)

Pourcentage	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les médicaments							
Tous les établissements	50,4	50,4	51,3	1,98	49,5	60,5**	22,2
Cases de santé	40,9***	40,9	„	„	40,9	„	„
Centres de santé	67,8	68,2	56,5	-17,2	70,7	58,6**	-17,1
Hôpitaux de district	70,2	70,2	„	„	„	70,2	„
Médicaments pour les mères							
Tous les établissements	44,3	44,2	46,8	5,9	43,4	54,0**	24,4
Médicaments pour les enfants							
Tous les établissements	54,0	54,0	56,4	4,4	53,0	65,7**	24,0

Notes : il n'y a pas d'hôpitaux dans les zones rurales. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

La disponibilité pour les vaccins est présentée à l'Annexe C, dans le Tableau 53, le Tableau 54 et le Tableau 55. En règle générale, la disponibilité des vaccins, estimée à 44,6 pour-cent à l'échelle nationale, se heurte au manque de vaccins PCV10 et contre la tuberculose (BCG), disponibles dans 54,6 pour-cent et 72,4 pour-cent des établissements, respectivement. On observe des pénuries pour le PCV10 dans l'ensemble des établissements publics ruraux et urbains (49,1 pour-cent de plus dans les établissements ruraux, p<0,05) et dans l'ensemble des niveaux d'établissements, les castes de santé ayant en général moins de vaccins que les centres de santé et les hôpitaux.

Le Ministère de la Santé suit un ensemble de médicaments par niveau, dont certains sont disponibles dans les données SDI. Au niveau des cases de santé, les médicaments sont : Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ACT comprimés ; Paracétamol, comprimés à 500mg ; SRO en sachets (pas suivi par l'enquête ; N/D) ; Cotrimoxazole comprimés à 480 mg ; Amoxicilline 250mg /125mg ; et Chlortetracycline 1% (N/D). Au niveau des centres de santé, la liste contient : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ACT comprimés ; Sels de quinine, ampoules injectables (N/D) ; Cotrimoxazole comprimés à 480 mg ; Paracétamol, comprimés à 500mg ; Diazépam injectable 10 mg ; SRO en sachets (N/D) ; Ocytocine et Ampicilline, flacon injectable. Dans les hôpitaux de district, ces éléments font l'objet de suivi : Ampicilline, flacon injectable à 1 g ; Soluté de Ringer, flacon, 5% (N/D) ; Oxytocine, injectable, 5 UI ; Pethidine chlorydrate, injectable, 50 mg/ml (N/D) ; Salbutamol, flacon injectable, 0,5 mg/ml ; Réactif pour test VIH (N/D) et Glucosé 10% (N/D). Les résultats de l'analyse croisée sont au Tableau 22 et sont plus faibles que les taux du dernier trimestre de 2015 qui faisait état de disponibilité à 97,69 pour-cent dans les cases, 97,32 pour-cent dans les centres et de 98,01 pour-cent dans les hôpitaux de district.⁹

⁹ Les données du troisième trimestre n'étaient pas disponibles.

Tableau 22. Disponibilité des médicaments par niveau sanitaire avec la liste du Ministère de la Santé (pour-cent)

Pourcentage	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	75,1	75,9	60,6***	-20,2	75,5	81,8	8,3
Cases de santé	73,6	73,6		,	73,6		,
Centres de santé	77,5	80,3	60,6***	-24,5	80,6	78,5	-2,6
Hôpitaux de district	93,6***	93,6		,	,	93,6	,

Notes : il n'y a pas d'hôpitaux dans les zones rurales. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

I. Disponibilité des équipements

Note méthodologique

L'indicateur sur les équipements est axé sur la disponibilité des équipements minimaux attendus dans un établissement (dont l'enquêteur a constaté la présence et le bon fonctionnement). Les équipements attendus dans tous les établissements sont une balance (adulte, enfant ou nourrisson), un stéthoscope, un sphygmomanomètre et un thermomètre. En outre, il est prévu que les matériels suivants soient disponibles dans les centres de santé et les hôpitaux : matériel de stérilisation et réfrigérateur. Le Tableau 58 en Annexe Cla disponibilité de chacun de ces types d'équipements.

Le Tableau 23 présente la disponibilité des équipements minimaux ajustée par niveau d'établissement, milieu dans le public et statut de la formation sanitaire tandis que le Tableau 58 présente la disponibilité de chacun de ces éléments d'équipement par région. À l'échelle nationale, les équipements étaient disponibles dans 48,9 pour-cent des établissements. Les hôpitaux en ont plus que les autres types d'établissements, qu'il s'agisse des cases de santé (36,8 pour-cent ; p<0,01) ou des centres de santé (34,2 pour-cent ; p<0,01).

Tableau 23. Disponibilité des équipements médicaux (ajustée en fonction du niveau d'établissement)

Pourcentage	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	35.9	35.9	34.3	-4.6	33.2	77.2***	132.6
Cases de santé	34.2***	34.2			34.2		
Centres de santé	36.8***	37.2	34.3	-8.0	30.5	72.3***	137.0
Hôpitaux	94.8	94.8				94.8	

Notes : il n'y a pas d'hôpitaux dans les zones rurales. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

Même si l'on ne tient pas compte des équipements de réfrigération et de stérilisation, on observe des écarts dans la disponibilité de matériels de base comme une balance (81 pour-cent des établissements, 74 pour-cent des cases de santé), des sphygmomanomètres (58 pour-cent des établissements, 44,1 pour-cent des cases de santé, 83,2 pour-cent des centres de santé) et des stéthoscopes (69 pour-cent des établissements, 56,4 pour-cent des cases de santé, 92 pour-cent des

centres de santé). Seuls les thermomètres (91,7 pour-cent des établissements, 89,1 pour-cent des cases de santé, 96,5 pour-cent des centres de santé) sont disponibles en nombre relativement élevé.

Les comparaisons entre établissements publics et privés et au sein du secteur public suggèrent qu'il y a un déséquilibre en faveur des zones urbaines. La principale distinction public-privé est observée pour les équipements de stérilisation ; les établissements privés sont près de quatre fois plus susceptibles de disposer d'équipements de stérilisation ($p < 0,01$). Lorsqu'on examine les établissements publics, les établissements urbains ont 1,9 fois plus de chance d'avoir une balance ($p < 0,01$), 1,6 fois plus de chance d'avoir un sphygmomanomètre ($p < 0,01$) et 1,4 fois plus de chance d'avoir un stéthoscope ($p < 0,01$). Cependant, parmi les centres de santé, les établissements urbains ont moins de chance d'avoir un réfrigérateur (0,7 fois, $p < 0,05$) et 2,2 fois plus de chance d'avoir un appareil de stérilisation ($p < 0,01$).

J. Disponibilité des infrastructures

Note méthodologique

L'indicateur relatif aux infrastructures mesure la disponibilité de trois ressources : eau, installations sanitaires et électricité. L'indicateur est une moyenne non pondérée de ces trois composantes. Les ressources prises en compte sont :

Sources d'électricité : réseau électrique, groupe électrogène, générateur sur batterie ou systèmes électriques solaires comme principale source d'électricité.

Sources d'eau : Eau courante dans l'établissement, eau courante dans l'enceinte de l'établissement à partir d'un robinet/d'une fontaine publique, puits tubé/forage, puits creusé protégé, source protégée, eau en bouteille ou camion-citerne.

Sources d'assainissement : Toilettes fonctionnelles avec chasse d'eau, latrines ventilées et améliorées, ou latrines à fosse couverte (avec dalle).

Le Tableau 24 montre qu'en moyenne, 13,3 pour-cent des établissements avaient les trois éléments d'infrastructure (électricité, eau et assainissement). Il existe des disparités dans les répartitions public-privé et établissements ruraux-urbains. Les établissements privés sont 3,8 fois plus susceptibles de disposer des trois éléments ($p < 0,10$), dans la mesure où 2,5 pour-cent des cases de santé disposent des trois éléments. Parmi les centres de santé, pour lesquels la comparaison est la plus directe, tous les établissements privés disposent de l'électricité, tandis que 56,7 pour-cent des établissements publics en sont pourvus ($p < 0,01$). Parmi les établissements publics, les établissements urbains ont beaucoup plus d'infrastructures que les établissements ruraux ($p < 0,01$), même parmi les centres de santé. Les centres de santé publics sont environ 82 pour-cent plus susceptibles d'avoir de l'électricité ($p < 0,01$) et 22,5 pour-cent plus susceptibles d'avoir de l'eau potable ($p < 0,10$) que leurs homologues ruraux. Si l'on compare les niveaux d'établissement, l'écart est évident ($p < 0,01$ pour les comparaisons avec l'hôpital).

Tableau 24. Disponibilité des infrastructures (pour-cent)

Établissements (pour-cent)	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	13.3	10.7	65.8***	515,0	7.9	51.9***	472.0
Cases de santé	2.5***	2.5	.	.	2.5	.	.
Centres de santé	31.7***	26.2	65.8***	95.1	22.6	44.2	95,6
Hôpitaux	79.1	79.1	.	.	.	79.1	.

Notes : Il n'y a pas d'hôpitaux dans les zones rurales. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

Les outils de communication sont importants dans le système de santé. L'enquête a évalué la disponibilité de téléphones, ordinateurs et internet. Les téléphones étaient des fixes ou des portables, ventilés en trois catégories : ceux qui appartenaient à la formation sanitaire, ceux qui étaient privés mais dont les communications faisaient l'objet de subvention par la formation sanitaire et les privés non-subventionnés par la formation sanitaire. Les ordinateurs appartenaient à la formation sanitaire ou à des privés. L'internet n'a pas été différencié.

Presque toute les formations sanitaires avaient un téléphone disponible (95,2 pour-cent) qui était fonctionnel (93 pour-cent) avec aucune différence statistiquement parlant entre les formations par milieu ou statut. Il y avait des différences dans la disponibilité de téléphones fonctionnels par niveau : 94 pour-cent des cases (p<0,05), 90,9 pour-cent des centres (p<0,05) et 100 pour-cent des hôpitaux en avaient. Dans les structures privées, les téléphones personnels bénéficiaient de subventions 13 fois plus que dans les structures publiques (30,8 pour-cent ; p<0,01) mais il y avait 2,5 fois moins de chance de trouver des téléphones portables appartenant à la formation sanitaire (p<0,05). Les mêmes tendances se dégagent pour les téléphones portables fonctionnels.

Les ordinateurs n'étaient pas disponibles en général avec 16,9 pour-cent des formations disant disposer d'un ordinateur et 15,3 pour-cent en ayant un fonctionnel. Si la présence d'un ordinateur ne présentait pas de différences au sens statistique, les ordinateurs dans les formations privés fonctionnaient 10,3 fois plus souvent que dans les formations publiques (p<0,10). En comparant les types de formations sanitaires, les tendances sont les même pour la présence et la fonctionnalité : 4,9 pour-cent des cases(p<0,01), 32,1 pour-cent des centres (p<0,01) et 98,4 pour-cent des hôpitaux avaient des ordinateurs fonctionnels.

La disponibilité de l'internet était très limitée (4,3 pour-cent) et non-fonctionnelle quand disponible (2,6 pour-cent). Il n'y a pas de différence au sens statistique entre les formations publiques et privées. Les formations publiques urbaines (20,8 pour-cent) avaient 20 fois plus de chance d'avoir l'internet fonctionnel que les formations publiques rurales (p<0,01). La disponibilité d'internet varie fortement par niveau : 0 pour-cent des cases (p<0,01), 4 pour-cent des centres (p<0,01) et 95 pour-cent des hôpitaux, respectivement, en disposaient.

K. Incitations, direction et gestion

L'enquête IPS Niger a testé un module sur les incitations, la direction et la gestion. L'objectif du module était de fournir des informations supplémentaires sur les forces et les faiblesses de la prestation de services dans les établissements. Le travail mené au Mozambique a démontré que l'information dont disposaient les directeurs sur le taux d'absentéisme des enseignants ne semblait pas liée à ce qui était observé dans la pratique. Cependant, le travail sur un certain nombre d'enquêtes

IPS a montré que le corrélat le plus significatif de l'absentéisme, qu'il s'agisse d'une corrélation ou de la taille, était l'absence du chef d'établissement ou d'un établissement de santé. Par conséquent, ce module a été conçu pour acquérir des connaissances supplémentaires sur les interactions entre les règles institutionnelles formelles et les réalités des unités de prestation de services.

Direction, gestion et incitations

Entre autres sujets, les chefs des établissements ont été conviés à parler de leurs principales contraintes, des outils d'incitation dont ils disposent et de leur expérience dans le secteur. Des différences ont été constatées entre les niveaux des établissements et les statuts. Globalement, la contrainte la plus importante est la disponibilité de médicaments, ce qui est cohérent avec le fait que les établissements ont 50,4 pour-cent des médicaments attendus à leur niveau. Cependant, les établissements privés sont trois fois plus susceptibles de citer les équipements médicaux ($p < 0,05$) et, ce qui est plus étonnant, leur autonomie (35 fois plus, $p < 0,05$) comme leurs contraintes principales. Parmi les établissements publics, on observe des contraintes plus élevées dans les zones rurales au niveau des médicaments (68 pour-cent ; $p < 0,05$) et des infrastructures (71,3 pour-cent, $p < 0,05$), tandis que les établissements urbains citent le recouvrement des coûts (123,7 pour-cent de plus, $p < 0,1$) comme leur principale contrainte. Comme le montre la partie ci-dessous sur la Mobilisation communautaire, les thèmes les plus souvent traités dans la dernière réunion du comité de l'établissement de santé sont la disponibilité de médicaments (82,5 pour-cent des répondants), les infrastructures (56,6 pour-cent) et la gratuité des soins (50,8 pour-cent).

Tableau 25. Contraintes entravant la prestation de services (pour-cent)

Contrainte principale	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Médicaments	29,4	30,2	13,2	-56,3	31,5	10,1**	-67,9
Personnel	13,9	14,3	4,9*	-65,7	13,5	27,4	103,0
Infrastructures	8,3	8,3	7,3	-12,0	8,7	2,5**	-71,3
Équipements médicaux	15,7	14,2	44,7**	214,8	14,0	17,5	25,0
Gestion et direction	3,1	3,3	0,0*	,	3,5	0,0*	-100,0
Autonomie	1,0	0,4	14,1**	3 425,0	0,4	0,0	-100,0
Pas de contraintes	10,9	11,4	2,0*	,	11,7	6,3	-46,2
Soins publics gratuits	0,5	0,5	0,0	-100,0	0,5	0,0	-100,0
Recouvrement des coûts	17,3	17,5	13,8	-21,1	16,2	36,3*	124,1

Notes : il n'y a pas d'hôpitaux dans les zones rurales. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Un autre aspect pour les dirigeants consiste à connaître les leviers de performance disponibles et à les utiliser. Les responsables d'établissements ont été interrogés sur un ensemble d'incitations et de sanctions.¹⁰ Le Tableau 22 compare l'utilisation d'incitations dans les centres de santé, parce qu'ils sont à la fois publics et privés. La connaissance et l'utilisation de mesures incitatives varient considérablement entre établissements publics et privés. Sans surprise, les établissements du secteur privé pensent aux promotions ($p < 0,01$) et les utilisent ($p < 0,05$), mais ils sont aussi plus susceptibles de citer les avertissements verbaux ($p < 0,05$) que leurs homologues publics. Vu plus

¹⁰ Les incitations positives étaient les promotions ou les augmentations, les félicitations écrites par des dirigeants externes (par ex. responsable provincial), les félicitations officielles (par ex. à l'occasion d'une réunion annuelle) et les encouragements verbaux. Les incitations négatives étaient le licenciement, la suspension, les avertissements écrits et les avertissements verbaux.

largement, les responsables des formations du privé citent ($p < 0,05$) ou utilisent ($p < 0,01$) deux fois plus les incitations et citent 3,8 fois plus les sanctions ($p < 0,01$) que leurs homologues du public.

Enfin, l'expérience est souvent une donnée importante. À l'échelle nationale, les chefs des établissements ont 9,5 ans d'expérience dans la santé et 7,5 ans en tant que chefs d'établissements. Les chefs d'établissements privés ont déclaré avoir 80 pour-cent d'expérience de plus que les chefs d'établissements publics ($p < 0,10$) et les chefs d'établissements publics urbains ont 74 pour-cent d'expérience de plus que les chefs d'établissements publics ruraux ($p < 0,01$). Parmi les chefs d'établissements publics, le pourcentage dépend aussi des niveaux des établissements : les chefs des cases de santé ont en moyenne 8,2 années d'expérience ($p < 0,01$), les chefs de centres de santé ont en moyenne 11,7 ans d'expérience et les responsables d'hôpitaux en moyenne 13,4 ans d'expérience.

Tableau 26. Utilisation d'incitations et de sanctions par les responsables des formations sanitaires, dans les centres de santé publics ou privés (pour-cent)

Incentive	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Incitation mentionnée	33,5	28,7	61,7**	115,0	22,4	62,3*	178,1
Incitation utilisée	24,0	20,1	47,8*	-61,2	19,0	25,8	35,8
Promotion mentionnée	7,2	0,0	50,2***	,	0,0	0,0	,
Promotion utilisée	5,7	0,0	39,9**	,	0,0	0,0	,
Encouragement externe mentionné	8,1	8,2	7,1	-13,4	4,6	27,3**	493,5
Encouragement externe utilisé	4,0	4,7	0,0	-100,0	3,8	9,3	144,7
Félicitations mentionnées	15,6	12,1	36,6	202,5	9,1	27,6	203,3
Félicitations utilisées	7,2	4,1	25,9	531,7	2,6	12,1	365,4
Encouragements mentionnés	24,9	21,9	42,5	94,1	21,2	25,8	21,7
Encouragements utilisés	19,7	17,6	31,8	80,7	19,0	10,6	-44,2
Sanction mentionnée	17,9	12,8	48,3**	277,3	6,8	44,6***	555,9
Sanction utilisée	8,2	4,8	28,7	497,9	2,6	16,6	538,5
Licenciement mentionné	2,5	0,9	11,9	1 222,2	0,0	5,9	,
Licenciement utilisé	0,2	0,0	1,2	,	0,0	0,0	,
Suspension mentionnée	2,3	0,9	10,7	1 088,9	0,0	5,9	,
Suspension utilisée	0,0	0,0	0,0	,	0,0	0,0	,
Avertissement écrit mentionné	8,0	7,2	12,7	76,4	3,0	29,1**	870,0
Avertissement écrit utilisé	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	12,2*	,
Avertissement verbal mentionné	13,8	8,2	47,1**	474,4	6,0	19,8	230,0
Avertissement verbal utilisé	6,4	2,9	27,5	848,3	2,6	4,4	69,2

Notes : Il n'y a pas d'hôpitaux dans les zones rurales. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissement sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Supervision

Une supervision qui forme et conseille est un élément important d'un système de santé performant. Ce module axé sur certains aspects de la supervision, en particulier la fréquence, le type de supervision, la composition de l'équipe de supervision, les éléments examinés, et les commentaires fournis par l'équipe.

Comme le montre le Tableau 27, les prestataires reçoivent un peu plus d'une visite par trimestre, en avec 2 personnes dans l'équipe en moyenne. Cependant les établissements publics urbains reçoivent des visites d'environ trois personnes contre deux en milieu rural ($p < 0,01$). Fait intéressant, l'utilisation de grilles de supervision semble être plus pratiquée dans les établissements privés que dans les établissements publics (62,6 pour-cent plus fréquents, $p < 0,01$) et les établissements urbains publics (40,2 pour-cent plus fréquents ; $p < 0,05$).

Tableau 27. Informations de base sur la supervision

Item	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Visites en 2014	4,5	4,6	3,0	-34,8	4,7	3,8	-19,1
Visites en 2015	3,2	3,3	1,6**	-51,5	3,3	2,4	-27,3
Jours depuis la dernière supervision	181,3	184,8	96,3	-47,9	193,2	76,4	-60,5
Taille de l'équipe de supervision	2,4	2,4	2,9	20,8	2,3	3,6***	56,5
Fiche de supervision	62,0	60,2	98,0***	62,8	58,6	82,2**	40,3

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification statistique : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Trois types de supervision ont été identifiés : par l'équipe cadre district (ECD), par les points focaux maladies (PFM) et par d'autres. Le Tableau 28 présente quelques données importantes sur ces visites. Les points focaux maladies étaient plus susceptibles d'utiliser des outils de supervision ($p < 0,05$), de vérifier la présence du personnel ($p < 0,01$) et examiner les stocks médicaux ($p < 0,01$), mais moins susceptibles de laisser des commentaires écrits. Les « autres » équipes de supervision étaient les moins susceptibles de laisser des commentaires écrits (45,4 pour-cent moins susceptibles que l'EDT ; $p < 0,01$). L'attention portée aux stocks médicaux se traduit dans les commentaires écrits laissés dans la mesure où ils ont été commentés dans 70,3 pour-cent des établissements. La différenciation par la supervision est visible ; les rapports destinés aux SIG ne sont pas une priorité pour les points focaux maladies ($p < 0,1$), peut-être parce qu'ils maintiennent des systèmes parallèles ? La qualité des soins est toujours suivie dans les hôpitaux, est suivie dans 54,8 pour-cent des centres de santé ($p < 0,01$) et dans 18,6 pour-cent des cases de santé ($p < 0,01$). Les formations privées (87,4 pour-cent) suivent la question 2,3 fois plus souvent que les publiques (38 pour-cent ; $p < 0,01$). Les mêmes tendances et significations statistiques par type et statut des formations sanitaires sont observés pour la performance des prestataires et du responsable de la structure. Pour améliorer les performances, il doit y avoir un retour d'information. Malgré le peu d'écart entre les types de supervision, les points focaux maladies étaient les plus susceptibles de fournir des commentaires ou des suggestions ($p < 0,05$) et de faire part de leurs commentaires au personnel.

Tableau 28. Supervision par équipe

Item	Niger	Taux moyen (%)			Diff. (%)	
		ECD	FPM	Autre	PFM	Autre
Grille de supervision	62,0	73,8	100,0**	43,0**	35,5	-41,7
<i>Documents examinés</i>						
Présence du personnel	54,7	64,0	98,8***	36,7**	54,4	-42,7
Stocks médicaux	90,0	88,7	100,0***	90,2	12,7	1,7
Rapports pour les SIG	86,7	89,2	66,3	86,4	-25,7	-3,1
Rapports financiers	55,9	62,9	53,1	47,9	-15,6	-23,8
Commentaires écrits laissés	49,2	61,3	59,9	33,5***	-2,3	-45,4
<i>Aspects ayant fait l'objet de commentaires (sélection)</i>						
Données financières	49,6	51,0	26,6	52,2	-47,8	2,4
Équipements	53,2	62,1	67,8	30,5*	9,2	-50,9
Infrastructures	41,6	46,1	13,8*	38,4	-70,1	-16,7
Consommables	68,7	75,5	57,5	56,4	-23,8	-25,3
Stocks médicaux	70,3	72,4	67,7	66,2	-6,5	-8,6
Epidémiologie	33,9	37,0	55,5	22,1	50,0	-40,3
Rapports pour le SNIS	79,2	82,7	43,7*	80,1	-47,2	-3,1
Données financières	49,6	51,0	26,6	52,2	-47,8	2,4
<i>Commentaires pour amélioration</i>						
Prestataires rencontrés	89,2	87,1	90,4	91,6	3,8	5,2
Ont fait des commentaires/suggestions	84,7	76,6	100,0**	92,3	30,5	20,5
Commentaires partagés	75,5	75,9	93,9	72,6	23,7	-4,3

Notes : les sigles « ECD » et « PFM » représentent, respectivement, « équipe cadre de district » et « point focal maladie ». Les comparaisons au sein d'un même type de supervision sont établies par rapport à l'ECD. Seuils de signification statistique : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

Mobilisation communautaire

Les établissements visent à servir les patients, qui sont généralement organisés en communautés. Le mécanisme de gouvernance du secteur de la santé s'appuie en partie sur la mobilisation des communautés au sein des établissements de santé à travers différents organismes de planification et de supervision. Le Tableau 29 présente des indicateurs clés de mobilisation et de supervision communautaires. On observe un changement spectaculaire dans l'organisation du COGES (Comité de gestion) au sein du secteur privé entre 2014 et 2015, qui va de moins de 7 pour-cent à 100 pour-cent en l'espace d'un an, tandis que le secteur public parvient aussi à près de 100 pour-cent, mais en partant d'une base beaucoup plus élevée. La période écoulée depuis la dernière réunion du COGES en 2015 est en contradiction avec les chiffres annoncés pour la réunion de 2014, à moins qu'ils ne soient pas répartis uniformément dans l'année. Les établissements publics ruraux sont plus de deux fois plus susceptibles que les établissements publics urbains (p<0,05) de ne pas avoir les comptes-rendus de la dernière réunion. En moyenne, un établissement public sur deux informe sa communauté de sa situation financière, un sur huit cherche à obtenir des commentaires de la communauté (situation plus de trois fois plus fréquente dans les zones urbaines que dans les zones rurales ; p<0,05), et, en 2014, environ un sur 50 a apporté des changements suite aux commentaires des usagers (parmi ceux qui avaient sollicité un retour d'information). Si l'on compare les centres de santé, qui sont à la fois publics et privés, la période écoulée depuis la dernière réunion du COGES est plus longue (210,6 jours dans le secteur public, 216,4 dans les établissements publics ruraux et 174,6

dans les établissements publics urbains). Les établissements privés ont en moyenne une taille de COGES supérieure (6,5 contre 4,4 ; $p < 0,05$) et sont plus susceptibles d'avoir un COSAN (2,0 pour-cent par rapport à 1,2 pour-cent ; $p < 0,01$), avec des réunions chaque trimestre dans les deux cas.

Tableau 29. Mobilisation communautaire, tous types d'établissements

Item	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
COGES en 2014	92,1	96,5	6,8***	-93,0	97,2	85,9	-11,6
Réunions du COGES en 2014 (N)	7,5	7,5	5,3*	-29,3	7,4	7,7	4,1
Jours depuis dernière réunion COGES	164,2	164,7	34,6***	-79,0	165,2	157,0	-5,0
Présence du compte-rendu constatée	29,0	28,8	70,6	145,1	27,9	44,8	60,6
Présence du compte-rendu non constatée	31,4	31,4	29,4	-6,4	31,1	36,5	17,4
Pas de compte-rendu	39,7	39,8	0,0***	-100,0	41,0	18,7**	-54,4
COGES en 2015	99,4	99,4	100,0	0,6	99,3	100,0	0,7
Taille du COGES	5,2	5,2	6,5	25,0	5,2	5,1	-1,9
COSAN en 2015	1,7	1,7	2,0***	17,6	1,7	1,3***	-23,5
Périodicité des réunions du COSAN	3,1	3,1	3,0	-3,2	2,9	3,8	31,0
L'établissement partage des informations financières avec la communauté	53,7	56,2	3,6***	-93,6	55,8	63,6	14,0
L'établissement sollicite des commentaires	12,9	12,8	14,5	13,3	11,2	36,5**	225,9
Commentaires initiés par le prestataire	47,0	45,1	78,0**	72,9	41,2	61,9	50,2
Changements basés sur le commentaire	1,5	1,5	1,1**	-26,7	1,5	1,4	-6,7

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Seuils de signification : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. La périodicité de réunion COSAN est le nombre de mois entre les réunions.

IV. Implications pour le Niger

Comme l'indique le Rapport de situation du pays (2014), il existe des écarts dans les indicateurs de résultats importants. La mortalité des nouveau-nés (27 pour-cent de 2006 à 2012), des nourrissons (60 pour-cent de 1998 à 2012) et des mères (14,5 pour-cent de 2006 à 2012 et 21 pour-cent de 1990 à 2010) a considérablement chuté, les taux de mortalité restent élevés et la mortalité maternelle au Niger (554/100 000 naissances viables) a dépassé celle de la plupart des États de l'Union économique et monétaire ouest-africaine en 2010. Ce net recul de la mortalité infantile et néonatale a fait croître l'espérance de vie à la naissance de 37 ans (1960) à 58,4 ans (2010), un chiffre légèrement au-dessus de la moyenne subsaharienne fixée à 54 ans, et presque au niveau de la moyenne des pays à faible revenu de 59 ans.

Ces éléments sont établis dans un contexte de ressources variables. Le Système de notification des pays créanciers de l'OCDE/CAD autorise la ventilation des fonds par secteur.¹¹ Le financement extérieur était faible (moins de 10 pour-cent des flux nets totaux de 2001 à 2005), mais il a connu des années consécutives au-dessus de 10 pour-cent uniquement en 2013 et 2014. Le secteur de la santé a pâti d'une volatilité de l'aide (l'écart-type est de 120 pour-cent de la médiane) plus importante que dans les autres secteurs (32 pour-cent de la médiane). Selon les rapports annuels du SNIS, présentés dans Tableau 30, le semble exécuter relativement bien l'ensemble des lignes de la santé, à l'exception de l'investissement, ce qui contraint le ministère à compter de plus en plus sur les ressources volatiles de ses partenaires. Ces données sont corroborées par celles du BOOST qui sont publiquement disponibles et montrent que le ministère se classe vers la moyenne pour l'exécution des investissements publiques (allant de 14^{ème} en 2010 à 37^{ème} en 2014), dépenses de fonction (7^{ème} en 2014, 40^{ème} en 2013) et transferts (11^{ème} en 2012, 28^{ème} en 2014).

Tableau 30. Ressources nationales de la santé 2011 à 2014

Année	Taux de réalisation (pour-cent)					Part du budget national (pour-cent)
	Personnel	Opérations et entretien	Subventions	Investissement	Total	
2014	120,2	86,9	91,4	55,7	82,0	5,4
2013	100,4	93,2	90,1	71,5	91,8	5,6
2012	113,3	88,7	93,2	64,4	85,9	5,4
2011	85,23	94,7	97,6	17,3	67,9	6,5

Source : Annuaires statistiques du ministère de la Santé publique.

La prestation de soins est entravée par la très forte concentration de médecins (1 pour 5 642 personnes) et d'infirmiers (1 infirmier diplômé d'État pour 1 789 personnes) à Niamey au détriment de zones fortement peuplées comme Zinder, Maradi, Tahoua et Tillabéri, qui comptent entre 8 et 12 fois moins de médecins par habitant et environ 3,6 fois moins d'IDE par habitant qu'à Niamey. Les déficits de compétences sont préoccupants, tout comme le niveau global de la capacité à traiter correctement les différents cas. De plus, l'écart entre les intervenants ayant suivi une formation officielle et ceux formés sur le tas, en particulier pour les soins aux adultes, est une autre source de préoccupation. Le niveau global des compétences dans la prise en charge des complications maternelles et néonatales est en ligne avec le poids de la mortalité (535 morts pour 100 000 grossesses, EDS 2012). Les performances du Niger en matière d'exactitude du diagnostic, de respect

¹¹ Selon la même source, l'éducation primaire a bénéficié de trois fois moins de financement.

des directives et de prise en charge des complications maternelles et infantiles placent le pays en bas du classement des pays ayant adopté les IPS.

La disponibilité des ressources humaines représente un défi avec un taux national d'absentéisme de 33 pour-cent, qui est 2,23 fois plus élevé que dans l'éducation primaire où, selon la même méthodologie, les professeurs sont absents de leur poste 14,8 pour-cent du temps.

La disponibilité d'intrants est relativement faible pour les infrastructures et les équipements. Ceci peut refléter en partie la variation de l'exécution des ressources qui varie entre 28 et 90 pour-cent pour la période 2003-2014 (données du BOOST pour les investissements). Quelle que soit la raison, le manque d'intrants de base comme des réfrigérateurs et du matériel de stérilisation, ainsi que le manque d'électricité (qui peut aussi empêcher les réfrigérateurs de fonctionner) sont des obstacles à la prestation de soins appropriés par le personnel de santé.

La situation au Niger est en général plus mauvaise que dans d'autres pays qui ont participé aux enquêtes IPS, comme l'indique Tableau 31. Le Niger se place dans la moitié supérieure du tableau pour le nombre de patients (troisième) et la disponibilité de médicaments (quatrième), au septième rang pour l'équipement, au huitième rang pour l'exactitude du diagnostic et la prise en charge des complications maternelles et néonatales, et au neuvième rang (dernier) pour son respect des directives cliniques et la disponibilité des infrastructures. Malgré les préoccupations à tous les niveaux, la disponibilité des médicaments, un problème rencontré par les prestataires et les communautés, semble être assez bien gérée au Niger. Il y a probablement plus à faire dans d'autres domaines comme le respect des directives, les diagnostics et le taux d'absentéisme des prestataires.

Tableau 31. Tableau comparateur des IPS

	Niger (2015)	Moyenne IPS	Madagascar (2016)	Mozambique (2015)	Tanzanie (2014)	Nigeria (2013)	Togo (2013)	Ouganda (2013)	Kenya (2013)	Sénégal (2010)
Nombre de patients (par prestataire par jour)	9,8	8,8	5,2	17,4	7,3	5,2	5,2	6,0	15,2	-
Absence de l'établissement (pour-cent de prestataires)	33,1	28,6	27,4	23,9	14,3	31,7	37,6	46,7	27,5	20
Exactitude du diagnostic (pour-cent de cas cliniques)	31,5	50,1	30	58,3	60,2	39,6	48,5	58,1	72,2	34
Respect des directives cliniques (pour-cent de directives cliniques)	17,5	35,9	31	37,4	43,8	31,9	35,6	41,4	43,7	22
Gestion des complications maternelles et néonatales (pour-cent de directives cliniques)	12,0	27,4	21,9	29,9	30,4	19,8	26,0	19,3	44,6	-
Disponibilité des médicaments (pour-cent de médicaments)	50,4	54,4	48	42,7	60,3	49,2	49,2	47,2	54,2	78
Disponibilité des équipements (pour-cent d'établissements)	35,9	61,3	62	79,5	83,5	21,7	92,6	21,9	76,4	53
Disponibilité des infrastructures (pour-cent d'établissements)	13,3	40,6	28,4	34	50	23,8	39,2	63,5	46,8	39

Note : Les données du Nigeria concernent 12 États et non le pays tout entier.

V. Annexes

Annexe A. Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon a été constitué en fonction des données administratives (système de gestion d'information de la santé ; deux sources) et des données d'enquête (base d'échantillonnage de la Disponibilité et de la capacité opérationnelle des services) du ministère de la Santé sur les établissements ainsi que des données de recensement fournies par l'Institut national de la statistique (INS). Pour définir le cadre d'échantillonnage, l'équipe a dupliqué les établissements listés dans les données administratives et a travaillé pour identifier correctement leur emplacement à l'intérieur des frontières administratives.

Le cadre d'échantillonnage correspond à l'ensemble des cases de santé, centres de santé et hôpitaux identifiables géographiquement, répondant à certains critères de comparaison et d'inclusion définis avec le ministère de la Santé, et se trouvant dans des secteurs accessibles. Pour des raisons de comparabilité, le ministère a exclu tous les établissements privés offrant des services chirurgicaux et tous les hôpitaux autres que les hôpitaux de district classiques. Pour des raisons de faisabilité, les régions de Diffa, où le gouvernement a déclaré l'état d'urgence, et de Tassara, Tesker et Tilla (sécurité) et de Bilma (isolement géographique) n'ont pas été inclus dans l'échantillon.

L'échantillon a été stratifié en environnement rural/urbain (en fonction des définitions de l'INS), en catégorie de propriétaires (public/privé) et en type d'établissement (case de santé/centre de santé/hôpital de district) pour optimiser l'homogénéité entre les groupes. L'échantillon a été conçu en tenant compte de la volonté du ministère de la Santé d'inclure les cases de santé – une grande majorité des établissements de santé – et de la nécessité d'obtenir des échantillons de taille suffisante pour les centres de santé et les hôpitaux. La sélection a été réalisée avec une probabilité proportionnelle à la population desservie par les établissements.

Pour les indicateurs relatifs aux individus, deux autres échantillons ont été choisis de manière indépendante parmi les prestataires. La pondération totale de ces indicateurs, définie ci-dessous, est le produit de la pondération de l'établissement et de celle de l'individu pour le concept (absentéisme et connaissances).

Pour l'absentéisme, un cadre d'échantillonnage secondaire de l'ensemble du personnel soignant travaillant dans l'établissement est préparé (Module 2A). La méthodologie prévoit 10 soignants, ou l'ensemble des soignants si l'effectif de l'établissement est inférieur à 10. Si un établissement compte plus de 10 soignants, une sélection aléatoire sans remplacement est effectuée et chaque prestataire aura une probabilité égale d'être choisi. De plus, le responsable de la structure a toujours été sélectionné pour effectuer le contrôle des absences. On obtient ainsi le facteur d'inflation, ou de pondération, pour le taux d'absentéisme des soignants, défini comme produit de la probabilité de sélection de l'établissement et de la probabilité de sélection d'un soignant donné dans l'établissement.

Pour les connaissances, le cadre d'échantillonnage secondaire de l'intégralité du personnel soignant dans l'établissement est utilisé en même temps que des renseignements indiquant si le prestataire est responsable d'une consultation externe au moins une fois par semaine (Module 2A). La méthodologie prévoit 10 soignants, ou tous ceux de l'établissement si l'effectif est en dessous de 10

soignants. Si un établissement compte plus de 10 soignants, il sera procédé à une sélection aléatoire sans remplacement où chaque soignant sans distinction pourra être choisi. On obtient ainsi le facteur d'inflation, ou de pondération, en matière de connaissances des soignants, défini en tant que produit de la probabilité de sélection de la structure et de la probabilité de sélection d'un soignant donné dans l'établissement.

Une fois le Module 3 saisi et vérifié, un médecin connaissant les outils IPS, et expérimenté dans la formation et la supervision du personnel de terrain IPS, procède à un examen de tous les cas pour s'assurer que l'information sur l'exactitude du diagnostic n'a pas été faussée par un enregistrement incorrect. Une décision a été prise en fonction des commentaires enregistrés et du traitement prescrit. Par exemple, un soignant omettant de citer la diarrhée avec déshydratation sévère, mais ayant mis en œuvre un plan de traitement approprié sera considéré comme ayant posé un bon diagnostic. Cela étant, cette approche aura biaisé à la hausse le taux d'exactitude du diagnostic des soignants au Niger.

Tableau A1. Instruments d'enquête sur la santé

Module	Description
Module 1 : Questionnaire sur l'établissement Section A : Informations générales Section B : Informations générales Section C : Infrastructure Section D : Équipements, matériels et fournitures Section E : Médicaments	Soumis aux soignants responsables ou au personnel médical le plus qualifié de la structure. Données autodéclarées et administratives sur les caractéristiques, la dotation en personnel et les flux de ressources de l'établissement.
Module 2 : Tableau des effectifs Section A : Première visite de l'établissement Section B : Deuxième visite de l'établissement	Soumis aux soignants responsables ou au personnel médical le plus qualifié de la structure. Soumis à (un maximum de) 10 membres du personnel médical choisis au hasard sur la liste du personnel médical. La deuxième visite est rendue aux mêmes 10 soignants que dans le Module 4. Une visite inopinée est effectuée environ une semaine après l'enquête initiale pour mesurer les taux d'absentéisme.
Module 3 : Simulations de cas cliniques Section H : Introduction Section 1 : Patient 1 cas clinique Diarrhée aiguë et déshydratation sévère Section J : Patient 2 cas clinique Pneumonie Section K : Patient 3 cas clinique Diabète sucré Section L : Patient 4 cas clinique Tuberculose pulmonaire Section M : Patient 5 cas clinique Malaria et anémie Section N : Patient 6 cas clinique Hémorragie post-partum Section O : Patient 7 cas clinique Asphyxie néonatale Section P : Fréquence des différents types de consultations	Soumis au personnel médical de la structure pour évaluer les connaissances cliniques.
Module 4 : Financement de l'établissement de santé Section Q : Informations générales Section R : Frais utilisateur Section S : Ressources gouvernementales Section T : Réception de consommables médicaux	Soumis aux soignants responsables ou au personnel médical le plus qualifié de la structure.

Annexe B. Définition des indicateurs

Tableau B1. Définition des indicateurs et méthode de calcul

Nombre de patients par soignant	
Nombre de visites externes par clinicien par jour.	Le nombre de visites externes enregistrées dans le registre des patients dans les trois mois précédant l'enquête, divisé par le nombre de jours d'ouverture de la structure au cours de la même période et le nombre de professionnels de santé ayant mené des consultations (par ex., en excluant les profils tels que les infirmiers de santé publique et les travailleurs sociaux).
Taux d'absentéisme	
Ensemble de 10 soignants au maximum sélectionnés au hasard et absents de la structure lors d'une visite inopinée.	Nombre de professionnels de santé inscrits au planning de travail absents de la structure lors d'une visite inopinée et faisant partie des 10 soignants choisis au hasard. Les professionnels de santé travaillant sur le terrain (principalement des soignants de la communauté et du secteur public) ont été comptés comme présents. L'indicateur d'absence n'a pas été estimé pour les hôpitaux en raison des accords complexes sur les jours de repos, les prestations communes à plusieurs services, etc.
Respect des directives cliniques	
Moyenne non pondérée de la partie des questions pertinentes sur les antécédents et de la partie des examens nécessaires réalisés.	<p>Pour chacun des cinq cas cliniques suivants : (i) diarrhée aiguë avec déshydratation sévère (ii) pneumonie (iii) diabète sucré (iv) tuberculose pulmonaire (v) paludisme avec anémie.</p> <p>Questions sur les antécédents : attribuer une note de 1 si une question pertinente sur les antécédents est posée. Le nombre de questions pertinentes sur les antécédents posées par le clinicien pendant la consultation est exprimé en pourcentage du nombre total de questions pertinentes sur les antécédents inclus dans le questionnaire.</p> <p>Questions d'examen pertinentes : attribuer une note de 1 si une question d'examen pertinente est posée. Le nombre de questions d'examen pertinentes posées par le clinicien pendant la consultation est exprimé en pourcentage du nombre total de questions d'examen pertinentes inclus dans le questionnaire.</p> <p>Pour chaque cas clinique : moyenne non pondérée des questions pertinentes sur les antécédents et du pourcentage des questions d'examen médical posées. Les questions sur les antécédents et les examens prises en compte sont basées sur les directives cliniques nigériennes, les directives du Programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et les entretiens avec le personnel concerné du ministère de la Santé publique.</p>
Gestion des complications maternelles et néonatales	
Nombre d'actes thérapeutiques pertinents proposés par le clinicien	Pour chacun des deux cas cliniques suivants : (i) l'hémorragie du post-partum et (ii) asphyxie néonatale. Attribuer une note de 1 si un acte thérapeutique pertinent est proposé. Le nombre d'actes thérapeutiques pertinents proposés par le clinicien pendant la consultation est exprimé en pourcentage du nombre total d'actes thérapeutiques pertinents inclus dans le questionnaire.
Exactitude du diagnostic	
Moyenne des diagnostics corrects posés dans les cinq pathologies courantes retenues.	<p>Pour chacun des cinq cas cliniques suivants : (i) diarrhée aiguë (ii) pneumonie (iii) diabète sucré (iv) tuberculose pulmonaire (v) paludisme avec anémie.</p> <p>Pour chacun des cas cliniques, attribuer une note de 1 pour un diagnostic correct si le diagnostic est mentionné. Additionner le nombre total de diagnostics corrects identifiés. Diviser ce nombre par le nombre total de cas cliniques. Dans le cas où des diagnostics multiples ont été fournis par le clinicien, le diagnostic est codé comme correct dès l'instant où il est mentionné, quels que soient les diagnostics alternatifs fournis.</p>
Disponibilité des médicaments	
Médicaments de base disponibles dans les établissements au moment de l'enquête.	Médicaments prioritaires pour les mères : Attribuer un score de 1 si la structure indique et que l'enquêteur confirme/observe que le médicament est bien disponible et non périmé le jour de la visite pour les médicaments suivants : ocytocine (injectable), misoprostol (gélule/comprimé), chlorure de sodium (solution saline) (solution injectable), azithromycine (gélule/comprimé ou solution liquide), gluconate de calcium (injectable), céfixime (gélule/comprimé), sulfate de magnésium (injectable), benzathine benzylpénicilline en poudre (pour injection), ampicilline en poudre (pour injection), bétaméthasone ou dexaméthasone (injectable), gentamicine (injectable) nifédipine (gélule/comprimé), métronidazole (injectable), acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera) (injectable), suppléments de fer (gélule/comprimé) et suppléments d'acide folique (gélule/comprimé).

	<p>Médicaments prioritaires pour les enfants : attribuer un score de 1 si la structure indique et que l'enquêteur confirme après observation que le médicament est bien disponible et non périmé le jour de la visite pour les médicaments suivants : amoxicilline (sirop/suspension), solutés de réhydratation orale (sachets SRO), zinc (comprimés), ceftriaxone (poudre pour injection), combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT), artésunate (rectal ou injectable), benzylpénicilline (poudre pour injection) et vitamine A (gélules).</p> <p>Dans l'analyse des médicaments témoins pour les enfants, nous ne prenons pas en compte deux médicaments (gentamicine et ampicilline en poudre) inclus dans la liste des médicaments témoins de la mère et de l'enfant pour éviter les doubles comptages.</p> <p>L'ensemble est ajusté par type d'établissement pour prendre en compte le fait que tous les médicaments (injectables) ne peuvent être trouvés dans des établissements de niveau inférieur, les cases de santé où les soignants ne sont pas autorisés à faire des injections.</p>
Disponibilité des équipements	
<p>Établissements équipés de thermomètres, stéthoscopes et balances, d'un réfrigérateur et d'un équipement de stérilisation.</p>	<p>Ensemble de l'équipement médical : attribuer un score de 1 si l'enquêteur confirme que l'établissement utilise un ou plusieurs des matériels suivants : thermomètres, stéthoscopes, sphygmomanomètres et une balance (balance pour adulte, enfant ou nourrisson) tels que définis ci-dessous. Les centres de santé et les Hôpitaux de district devraient posséder deux matériels additionnels : un réfrigérateur et un appareil/équipement de stérilisation.</p> <p>Thermomètre : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il en possède et que l'enquêteur confirme qu'il en existe un ou plusieurs en état de fonctionnement.</p> <p>Stéthoscope : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il en possède et que l'enquêteur confirme qu'il existe un ou plusieurs stéthoscopes en état de fonctionnement.</p> <p>Sphygmomanomètre : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il en possède et que l'enquêteur confirme qu'il existe un ou plusieurs sphygmomanomètres en état de fonctionnement.</p> <p>Balance : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il en possède et que l'enquêteur confirme qu'il existe une ou plusieurs balances pour adultes, enfants ou nourrissons en état de fonctionnement.</p> <p>Réfrigérateur : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il en possède et que l'enquêteur confirme qu'il existe un ou plusieurs réfrigérateurs en état de fonctionnement.</p> <p>Équipement de stérilisation : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il en possède et que l'enquêteur confirme qu'il existe un ou plusieurs appareils/équipements de stérilisation en état de fonctionnement.</p>
Disponibilité des infrastructures	
<p>Établissements disposant de l'électricité, de l'eau potable et d'un système d'assainissement amélioré.</p>	<p>Ensemble des infrastructures : attribuer un score de 1 si l'établissement indique qu'il a accès à l'électricité, à l'eau potable et bénéficie d'un système d'assainissement, tel que défini, et que l'enquêteur le confirme.</p> <p>Électricité : attribuer un score de 1 si l'établissement indique avoir un réseau électrique, un générateur alimenté au diesel, un générateur sur batterie ou un système à énergie solaire comme source principale d'électricité.</p> <p>Eau : attribuer un score de 1 si l'établissement indique que sa principale source d'approvisionnement en eau provient d'une alimentation directe au sein de la structure, est accessible dans les sous-sols de la structure ou provient d'un robinet public/borne-fontaine, d'un puits tubé/forage, d'un puits creusé protégé, d'une source protégée, de l'eau en bouteille ou d'un camion-citerne.</p> <p>Sanitaires : attribuer un score de 1 si l'établissement indique en posséder et que l'enquêteur confirme qu'il existe une ou plusieurs toilettes à chasse d'eau, ou des latrines ventilées améliorées ou à fosse couverte (avec dalle) en état de fonctionnement.</p>

Annexe C. Résultats complémentaires

Tableau 32. Répartition du personnel de santé par type de prestataire (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Public rural	Public urbain
Spécialiste	0,86	0,51	0,34	0,00	0,55
Médecin	3,12	2,08	1,05	0,80	1,41
Assistant(e) médical(e), soins infirmiers	4,01	3,40	0,61	0,54	3,08
Assistant(e) médical(e), chirurgie	0,26	0,26	0,00	0,00	0,28
Assistant(e) médical(e), anesthésiologie	0,25	0,25	0,00	0,00	0,27
Infirmier(e) (diplôme)	20,75	19,15	1,59	8,53	11,87
Sage-femme	12,74	12,14	0,60	2,42	10,52
Technicien laboratoire	1,16	1,09	0,06	0,00	1,17
Technicien hygiène	0,09	0,09	0,00	0,00	0,10
Assistante sociale	0,38	0,38	0,00	0,00	0,40
Personnel médical de base	15,44	14,28	1,16	9,20	6,02
Infirmier(e) obstétrique	0,25	0,25	0,00	0,26	0,00
Infirmier(e) certifié(e)	18,88	18,27	0,61	10,54	8,92
Agent hygiène	0,07	0,07	0,00	0,00	0,07
Assistante sociale adjointe	0,04	0,04	0,00	0,00	0,04
Infirmier(e) adjoint(e)	0,40	0,38	0,02	0,00	0,41
Agent de santé communautaire	20,71	20,61	0,10	21,00	0,96
Autres	0,58	0,58	0,00	0,00	0,62
Total	99,99	93,83	6,14	53,29	46,70

Note : Les totaux peuvent être légèrement différents de 100, car les chiffres sont arrondis.

Tableau 33. Répartition du personnel de santé par type d'établissement (pour-cent)

	Tous	Case	CSI	Hôpital
Spécialiste	0,00	0,49	0,36	0,00
Médecin	0,00	2,37	0,76	0,00
Assistant(e) médical(e), soins infirmiers	0,02	2,88	1,11	0,02
Assistant(e) médical(e), chirurgie	1,42	14,64	4,69	1,42
Assistant(e) médical(e), anesthésiologie	0,09	9,58	3,07	0,09
Infirmier(e) (diplôme)	0,00	0,13	1,03	0,00
Sage-femme	0,00	0,09	0,00	0,00
Technicien de laboratoire	0,00	0,25	0,12	0,00
Technicien hygiène	2,95	9,46	3,04	2,95
Assistante sociale	0,00	0,25	0,00	0,00
Personnel médical de base	4,28	11,71	2,89	4,28
Infirmier(e) obstétrique	0,00	0,07	0,00	0,00
Infirmier(e) spécialisé(e)	0,00	0,00	0,04	0,00
Agent hygiène	0,00	0,36	0,05	0,00
Assistante sociale adjointe	0,00	0,00	0,26	0,00
Infirmier(e) adjoint(e)	0,00	0,00	0,25	0,00
Agent de santé communautaire	18,27	2,42	0,03	18,27
Autres	0,00	0,21	0,37	0,00
Total	100,0	27,04	54,91	18,07

Tableau 34. Répartition du personnel de santé par genre (pour-cent)

	Tous	Hommes	Femmes
Spécialiste	0,84	0,46	0,38
Médecin	3,11	2,03	1,08
Assistant(e) médical(e), soins infirmiers	4,01	2,04	1,97
Assistant(e) médical(e), chirurgie	20,76	7,34	13,42
Assistant(e) médical(e), anesthésiologie	12,73	0,5	12,23
Infirmier(e) (diplôme)	1,16	0,32	0,84
Sage-femme	0,094	0,094	0
Technicien de laboratoire	0,38	0,095	0,28
Technicien hygiène	15,45	4,51	10,94
Assistante sociale	0,25	0,25	0
Personnel de santé de base	18,88	5,87	13
Infirmier(e) obstétrique	0,07	0,07	0
Infirmier(e) spécialisé(e)	0,039	0	0,039
Agent hygiène	0,4	0,11	0,29
Assistante sociale adjointe	0,26	0,21	0,048
Infirmier(e) adjoint(e)	0,25	0,2	0,048
Agent de santé communautaire	20,73	13,37	7,36
Autres	0,58	0,43	0,16
Total	100,0	37,9	62,1

Tableau 35. Nombre de patients par prestataire, ajusté en fonction des absences, par niveau d'établissement

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	9,8 (1,1)	9,9 (1,1)	5,7 (1,3)	-42,4 (1,7)	10,0 (1,2)	8,2 (1,6)	-18,0 (2,0)
Cases de santé	6,0 (1,2)	6,0 (1,2)	, ,	, ,	, ,	6,0 (1,2)	, ,
Centres de santé	17,2 (1,7)	18,5 (1,9)	5,7 (1,3)	-69,2 (2,1)	20,2 (2,2)	10,1 (2,0)	-50,0 (3,0)
Hôpitaux de district	1,0 (0,2)	, ,		, ,	, ,	1,0 (0,2)	, ,

Tableau 36. Variables utilisées pour les régressions des taux d'absentéisme

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)
<i>Données démographiques des prestataires</i>				
Taux d'absentéisme	0,0	0,0	-0,2	,
Charge(s) de travail ajustée(s) en fonction des absences	0,0	0,2	-3,4	-1 800,0
Homme	24,6	23,7	40,6***	71,3
Femme	75,4	76,3	59,4***	-22,1
<i>Informations sur les établissements</i>				
Absence du responsable (d)	42,7	42,5	47,0	10,6
Taux d'absentéisme	0,0	0,3	-4,8***	-1 700,0
Personnel total	0,0	0,2	-3,8***	-2 000,0
Établissement public	94,7	100,0	0,0	-100,0
Centre de santé	65,6	63,7	100,0***	57,0
Hôpital de district	30,0	31,7	0,0***	-100,0
Établissement en milieu rural (d)	19,7	20,7	2,2***	-89,4
Consultants/ personnel total	0,0	-0,1	1,6	-1 700,0
Sont motorisés pour se rendre au bureau du district	54,0	52,4	82,1**	56,7
Autres moyens de se rendre au bureau du district	16,9	17,5	5,5	-68,6
Au bureau du district	29,1	30,1	12,3	-59,1
<i>Commentaires du responsable</i>				
Commentaires positifs (d)	1,6	1,6	1,6	0,0
Commentaires négatifs (d)	1,5	1,5	1,8	20,0

Notes : Pondéré signifie que l'on utilise des pondérations d'échantillonnage pour les taux d'absentéisme pour les caractéristiques individuelles et des pondérations d'échantillonnage pour les établissements pour les autres aspects, sur la base de 618. La différence est définie comme la différence de moyens entre établissements publics et privés, et se mesure en points de pourcentage. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1, respectivement. Les variables avec un « (s) » ont été normalisées, les variables avec un « (d) » sont binaires.

Tableau 37. Corrélation des résultats d'absence

Variabes	Coefficient	Erreur standard
<i>Caractéristiques des prestataires</i>		
Charge de travail ajustée en fonction du nombre de patients (S)	0,234***	(0,0666)
Femmes	2,047*	(1,065)
<i>Informations sur l'établissement (relatives à un site au siège du district)</i>		
Personnel total	-1,469***	(0,446)
Établissement public (d)	-4,336	(2,989)
Centre de santé	4,520	(4,197)
Hôpital de district	21,54***	(4,533)
Établissement en milieu rural (d)	-2,280	(4,488)
Consultants/ personnel total	-0,305	(0,225)
Sont motorisés pour se rendre au siège du district		
Autres moyens de transport pour aller au siège du district	24,72***	(3,711)
Absence du responsable (d)	1,519	(1,800)
Taux d'absentéisme	0,232***	(0,0680)
<i>Commentaires du responsable</i>		
Commentaires positifs (d)	4,232***	(1,577)
Commentaires négatifs (d)	-3,096**	(1,117)
Constant	-16,30**	(7,229)
Observations	618	
R-Carré	0,093	
F	2897	
df_m	14	
df_r	22	
p	0	

Notes : Écarts-types entre parenthèses. Les résultats sont obtenus d'après un modèle de régression linéaire avec des pondérations d'échantillonnages et des erreurs-types selon la méthode du jackknife qui prend en compte le concept complexe de l'enquête. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1, respectivement.

Tableau 38. Absences par niveau d'établissement (ajusté en fonction du temps de pause ; pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	33,1	33,2	32,5	-2,1	31,1	33,8	8,7
	(2,4)	(2,5)	(4,8)	(5,4)	(4,9)	(3,1)	(5,8)
Cases de santé	18,9	.	0,0	.	.	18,9	.
	(5,0)	.	0,0	.	.	(5,0)	.
Centres de santé	34,1	34,2	32,5	-5,0	35,0	33,9	-3,1
	(2,8)	(3,0)	(4,8)	(5,6)	(6,2)	(3,7)	(7,2)
Hôpitaux de district	33,6					33,6	
	(5,3)					(5,3)	

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 39. Mesures du nombre de patients ajustées et non ajustées en fonction du taux d'absentéisme

	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les prestataires	7,5	7,3	11,3	54,8	7,5	4,5	-40,0
Ajusté en fonction du taux d'absentéisme et des jours de repos	9,8	9,9	5,7	-42,4	10,0	8,2	-18,0

Notes : Le nombre de patients ajusté est défini comme nombre de patients/(1— taux d'absentéisme — repos). Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 40. Absences par niveau d'établissement (non ajusté en fonction des temps de pause)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	47,0	46,8	52,0	11,1	36,9	49,3	33,6
	(2,6)	(2,7)	(4,3)	(5,0)	(7,4)	(3,3)	(8,1)
Cases de santé	18,9	18,9	.	.	18,9	18,9	.
	(5,0)	(5,0)	.	.	(5,0)	(0,0)	.
Centres de santé	46,4	45,9	52,0	13,3	42,1	47,1	11,9
	(3,4)	(3,6)	(4,3)	(5,5)	(8,9)	(4,3)	(9,8)
Hôpitaux de district	52,7	.	.	.	.	52,7	.
	(4,3)	.	.	.	.	(4,3)	.

Notes : Un hôpital privé (sans but lucratif) est compris dans l'échantillon. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les erreurs-types ne sont pas rééchelonnées en fonction des proportions sous-jacentes.

Tableau 41. Exactitude du diagnostic des pathologies courantes retenues par type de cadre de santé (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les cadres	31,5	31,1	38,7	24,4	27,5	38,8***	41,1
Médecins	51,5						
Assistants médicaux	28,2***	28,5	25,7	-9,6	30,5	28,3	-7,1
Infirmier(e)/aide/sage-femme	36,3***	36,6	32,0	-12,4	33,2	41,1**	24,0

Note : L'échantillon de compétences comprend 36 médecins. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 42. Respect des directives cliniques par type d'établissement (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Différence (%)
Tous les établissements	36.0	34.8	37.4	7.5	34.7	34.8	0.3
	(0.02)	(0.01)	(0.05)	(0.05)	(0.01)	(0.02)	(0.02)
Cases de santé	34.5	35.0			35.0		
	(0.01)	(0.01)			(0.01)		
Centres de santé	36.9	34.9	38.0	8.8	32.1	38.6	20.2
	(0.03)	(0.02)	(0.05)	(0.05)	(0.02)	(0.02)	(0.03)
Hôpitaux de district	33.8						
	(0.02)						

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les erreurs-types ne sont pas rééchelonnées en fonction des proportions sous-jacentes.

Tableau 43. Détails du traitement des pathologies courantes retenues (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Diarrhée aiguë avec déshydratation sévère							
Facteurs de risque	12,0	12,0	11,8	1,8	13,0	10,4***	20,3
Questions clés	16,3	16,3	14,5	11,0	18,4	13,1***	28,5
Principaux examens	10,2	10,2	10,9	-7,1	10,6	9,6	9,1
Exactitude du diagnostic	3,0	3,0	0,0***	100,0	1,7	5,1**	-200,0
Traitements clés	29,0	29,1	23,2	20,2	34,0	21,7***	36,0
Enseignements clés	11,7	11,8	9,2	21,6	13,9	8,6**	37,6
Pneumonie							
Facteurs de risque	6,5	6,5	8,1	-24,0	6,6	6,4	3,3
Questions clés	19,6	19,7	15,7**	20,6	23,2	14,4***	37,9
Principaux examens	12,7	12,7	10,5	17,2	13,6	11,4*	16,4
Exactitude du diagnostic	53,0	53,0	52,3	1,4	48,4	62,7**	-29,7
Traitements clés	27,4	27,4	27,7	-1,4	32,0	20,2***	36,8
Formations clés	5,6	5,7	0,0***	100,0	7,7	2,7***	64,7
Diabète de type 2							
Facteurs de risque	8,0	8,0	8,5	-6,3	7,7	8,5	-10,2
Questions clés	10,3	10,3	9,6	6,9	11,5	8,4**	27,5
Principaux examens	16,4	16,3	17,2	-5,3	14,5	19,2**	-32,7
Exactitude du diagnostic	21,9	21,7	36,0	-66,3	14,8	36,1***	-144,4
Traitements clés	8,6	8,5	11,5	-35,2	5,2	13,5**	-160,4
Enseignements clés	2,8	2,8	2,3	16,7	2,1	3,9**	-86,6
Tuberculose pulmonaire							
Facteurs de risque	17,7	17,7	16,1	9,3	19,0	15,7**	17,4
Questions clés	31,7	31,7	30,7	3,2	35,9	25,3**	29,6
Principaux examens	0,0	0,0	0,0	,	0,0	0,0	,
Exactitude du diagnostic	76,9	76,8	79,3	-3,2	71,8	87,2***	-21,5
Traitements clés	12,9	13,1	5,2*	60,3	13,7	12,1	12,2
Enseignements clés	4,7	4,8	3,1	34,6	5,4	3,8	28,6
Paludisme avec anémie							
Facteurs de risque	7,9	7,9	7,3	8,7	7,1	9,2	-30,2
Questions clés	15,0	15,0	11,9**	20,8	17,9	10,7***	40,2
Principaux examens	8,3	8,3	8,2	1,1	9,1	6,9**	23,9
Tests clés	11,9	12,0	9,4	21,8	12,4	11,4	8,1
Exactitude du diagnostic	5,2	5,2	6,1	-18,8	3,5	8,6**	-142,5
Diagnostic du paludisme	79,9	80,1	75,7	5,5	83,5	72,6**	13,2
Traitements clés	27,9	28,1	18,6	33,7	35,1	17,4***	50,6
Enseignements clés	7,6	7,5	8,9	-18,5	10,2	3,5***	66,2

Notes : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Les actes clés sont basés sur les directives du Programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ou sur les directives spécifiques aux maladies concernées selon la version utilisée au Niger. Le « diagnostic du paludisme » signifie que l'anémie n'a pas été identifiée et qu'il a été signalé un paludisme « simple ». Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 44. Détails du traitement des pathologies courantes retenues, par type d'établissement (pour-cent)

	Estimations			Diff. (réf. : HD ; %)	
	Case de santé	Centre de santé	Hôpital de district	Case de santé	Centre de santé
Diarrhée aiguë avec déshydratation sévère					
Facteurs de risque	12,6	11,4	13,1	3,8	13,3
Questions clés	17,4	15,7	15,8	-9,8	0,6
Examens médicaux clés	8,9	10,8	11,1	19,7	2,7
Exactitude du diagnostic	0,8**	3,5	6,7	88,5	48,4
Traitements clés	33,9***	26,6	26,9	-25,8	1,1
Enseignements clés	13,9	10,7	10,6	-31,8	-1,7
Pneumonie					
Facteurs de risque	6,5*	6,1**	8,6	24,4	28,5
Questions clés	22,2***	19,1**	15,0	-48,5	-27,9
Examens médicaux clés	11,1	13,7	12,2	9,4	-12,1
Exactitude du diagnostic	40,9**	60,6	59,8	31,6	-1,4
Traitements clés	33,0***	24,8	24,2	-36,3	-2,5
Enseignements clés	4,5	6,7**	3,3	-37,7	-104,0
Diabète de type 2					
Facteurs de risque	6,1***	8,4***	11,3	-46,4	-25,8
Questions clés	10,8	9,7	11,4	-5,5	-14,7
Examens médicaux clés	13,5***	16,8***	22,0	-38,4	-23,7
Exactitude du diagnostic	4,9***	32,5	31,5	-84,3	3,3
Traitements clés	1,4***	8,5***	28,5	-95,0	-70,3
Enseignements clés	0,6***	3,3***	6,6	-90,8	-50,8
Tuberculose pulmonaire					
Facteurs de risque	16,1***	18,0	20,2	20,2	10,5
Questions clés	32,6	31,8	28,5	-14,5	-11,8
Examens médicaux clés	0,0	0,0	0,0	,	,
Exactitude du diagnostic	64,8***	84,0	85,0	23,8	1,2
Traitements clés	5,3***	16,3	17,7	70,1	7,9
Enseignements clés	4,0*	4,6	7,3	45,6	36,4
Paludisme avec anémie					
Facteurs de risque	5,6***	7,0***	18,6	-69,9	-62,4
Questions clés	19,4***	13,3**	11,0	76,4	20,9
Examens médicaux clés	7,3	8,9	7,9	-7,6	12,7
Tests clés	11,9**	11,3***	15,4	-22,7	-26,6
Exactitude du diagnostic	0,4**	7,7	10,1	-96,0	-23,8
Diagnostic du paludisme	45,7***	19,9	17,7	158,2	12,4
Traitements clés	11,8*	5,3	6,8	73,5	-22,1
Enseignements clés	5,6***	7,0***	18,6	-69,9	-62,4

Notes : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Le « diagnostic du paludisme » signifie que l'anémie n'a pas été identifiée et qu'il a été signalé un paludisme « simple ». Les différences sont exprimées en points de pourcentage. Les titres de rangée sont basés sur les directives nationales.

Tableau 45. Détails de la prise en charge du traitement des complications maternelles et néonatales (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Hémorragie post-partum							
Questions clés	15,9	15,9	13,4	-15,7	15,8	16,1	1,9
Examens médicaux clés	15,8	15,8	15,1	-4,4	14,4	18,7	29,9
Tests clés	0,0	0,0	0,0	,	0,0	0,0	,
Exactitude du diagnostic	61,6	62,0	43,3***	-30,2	64,4	57,0	-11,5
Traitements clés	66,6	66,8	57,6	-13,8	78,7	42,1***	-46,5
Asphyxie néonatale							
Questions clés	17,3	17,4	14,1	-19,0	17,3	17,5	1,2
Examens médicaux clés	8,1	8,1	6,7	-17,3	9,2	5,9*	-35,9
Exactitude du diagnostic	59,5	59,9	38,9*	-35,1	59,2	61,3	3,5
Traitements clés	20,7	20,8	17,7	-14,9	20,3	21,9	7,9

Notes : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les titres de rangée sont basés sur les directives nationales.

Tableau 46. Prise en charge des complications maternelles et néonatales par type d'établissement (pour-cent)

	Estimations			Différences (par rapport à l'hôpital de district)	
	Case de santé	Centre de santé	Hôpital de district	Case de santé	Centre de santé
Hémorragie post-partum					
Questions clés	15,2	16,2	16,4	-7,3	-1,2
Examens médicaux clés	8,2***	20,2	21,8	-62,4	-7,3
Tests clés	0,0	0,0	0,0	,	,
Exactitude du diagnostic	52,9	69,5**	55,6	-4,9	25,0
Traitements clés	99,9***	50,4***	27,5	263,3	83,3
Asphyxie néonatale					
Questions clés	12,6***	20,2	20,2	-37,6	0,0
Examens médicaux clés	8,1	8,1	8,0	1,3	1,3
Exactitude du diagnostic	48,4	66,6	65,0	-25,5	2,5
Traitements clés	13,7***	25,0	25,2	-45,6	-0,8

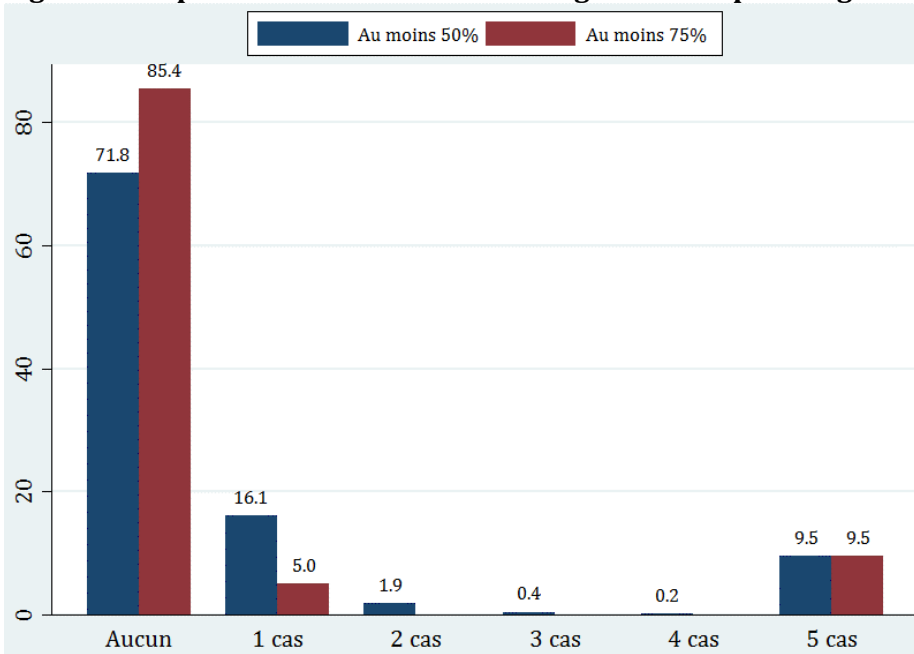
Notes : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les titres de rangée sont basés sur les directives nationales.

Tableau 47. Exactitude des diagnostics et gestion des complications par region (pour-cent)

Élément	Niger	Agadez	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey
Diagnostics	31.5	22.5***	31.4**	29.8**	31.3**	30.8	27.9***	40.5
Diarrhée - deshydratation sévère	3.5	0.0***	0.0***	1.8**	3.4	9.2	5.4	8.6
Pneumonie	53.0	48.9*	50.1	57.3	51.2	46.9	42.9**	64.8
Diabète type 2	21.9	7.9***	19.7***	15.8***	22.8**	19.9**	12.9***	48.8
Tuberculose pulmonaire	76.9	55.5***	85.2	69.4**	76.6*	83.2	72.5**	89.2
Palud – anémie	5.2	0.0***	1.8***	5.7*	2.6***	7.1	6.0*	14.4
Palud seulement	79.9	93.0***	91.0**	75.6	81.6	80.8	75.7	70.6
Observations	518	29	62	133	89	34	113	58
Gestion des complications de la naissance	12.2	13.0	15.5	12.6	9.4**	7.9***	13.2	12.6
Hémorragie immédiate du post-partum	62.3	40.8***	59.7	63.0	66.7	54.1	66.5	60.4
Asphyxie néonatale	62.8	35.1***	88.5	56.2***	37.8***	65.1	72.0	80.0
Observations	601	32	72	154	106	36	121	80
Simulations soins grossesse (diagnostics)								
Grossesse avec anémie	0.9	0.0	3.0	0.9	0.0	0.0	0.0	1.0
Grossesse seulement	91.0	96.2*	90.7	89.3	97.4**	80.0	87.6	87.9
Prééclampsie sévère	12.9	1.9***	12.0**	14.8*	6.4***	0.0***	11.6**	24.9
Prééclampsie	54.5	43.3***	72.9	42.3***	44.9*	41.7***	45.8***	75.4
Observations	601	32	72	154	106	36	121	80

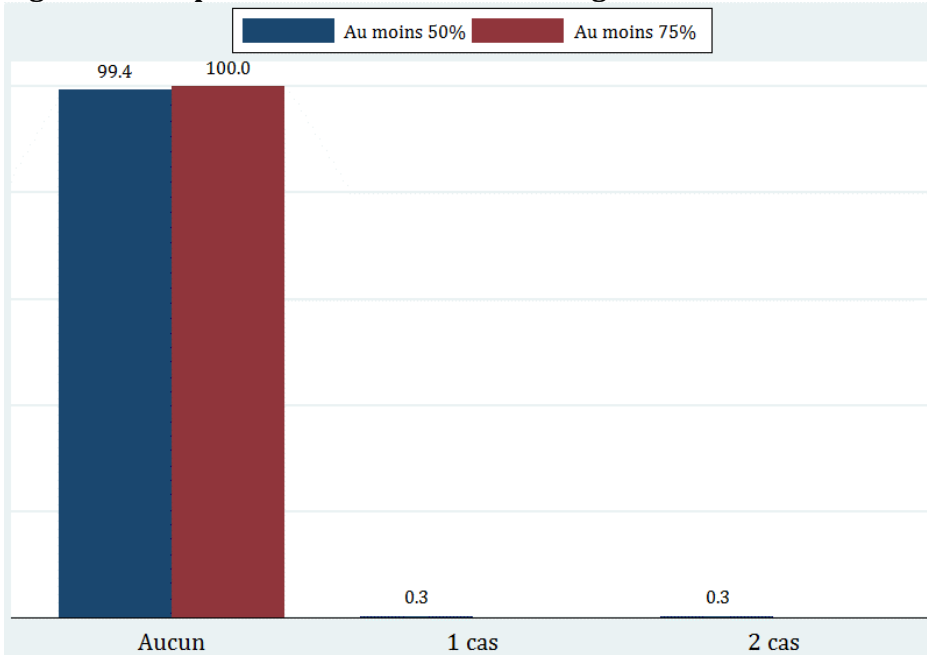
Notes: les comparaisons sont relatives à Niamey. Les observations pour l'exactitude du diagnostic qui couvre les premières 5 simulations sont le nombre minimum sur les 5 simulations. Seuils de signification statistique : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

Figure 9. Respect des directives dans les vignettes des pathologies courantes retenues



Notes : L'abscisse présente le nombre de cas pour lesquels un certain respect des directives a été constaté. Par exemple, sept sur dix prestataires (71,8 pour-cent) n'ont pas respecté au moins 50 pour-cent des directives dans tous les cas.

Figure 10. Respect des directives dans les vignettes maternelles et néonatales



Note : L'abscisse présente le nombre de cas pour lesquels un certain respect des directives a été constaté. Par exemple, environ trois prestataires sur 1 000 (0,3 pour-cent) ont respecté 50 pour-cent des directives dans les deux cas.

Tableau 48. Respect des directives cliniques par type de cadre

	Niger	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les cadres	17,5 (0,6)	17,5 (0,6)	18,3 (2,9)	4,6 (3,1)	17,3 (0,8)	17,9 (0,6)	3,5 (1,1)
Médecins	27,5 (1,8)						
Assistants médicaux	18,7 (1,0)	18,8 (1,3)	17,4 (1,9)	-7,4 (2,1)	23,0 (9,1)	18,3 (1,1)	-20,4 (9,1)
Infirmiers(e)	17,7 (0,6)	17,9 (0,6)	13,6 (1,5)	-24,0 (1,7)	18,5 (0,9)	17,0 (0,6)	-8,1 (1,1)
Agent de santé communautaire	14,8 (0,8)	14,8 (0,8)	13,5 (0,8)	-8,8 (1,1)	14,9 (0,8)	9,4 (0,6)	-36,9 (1,0)

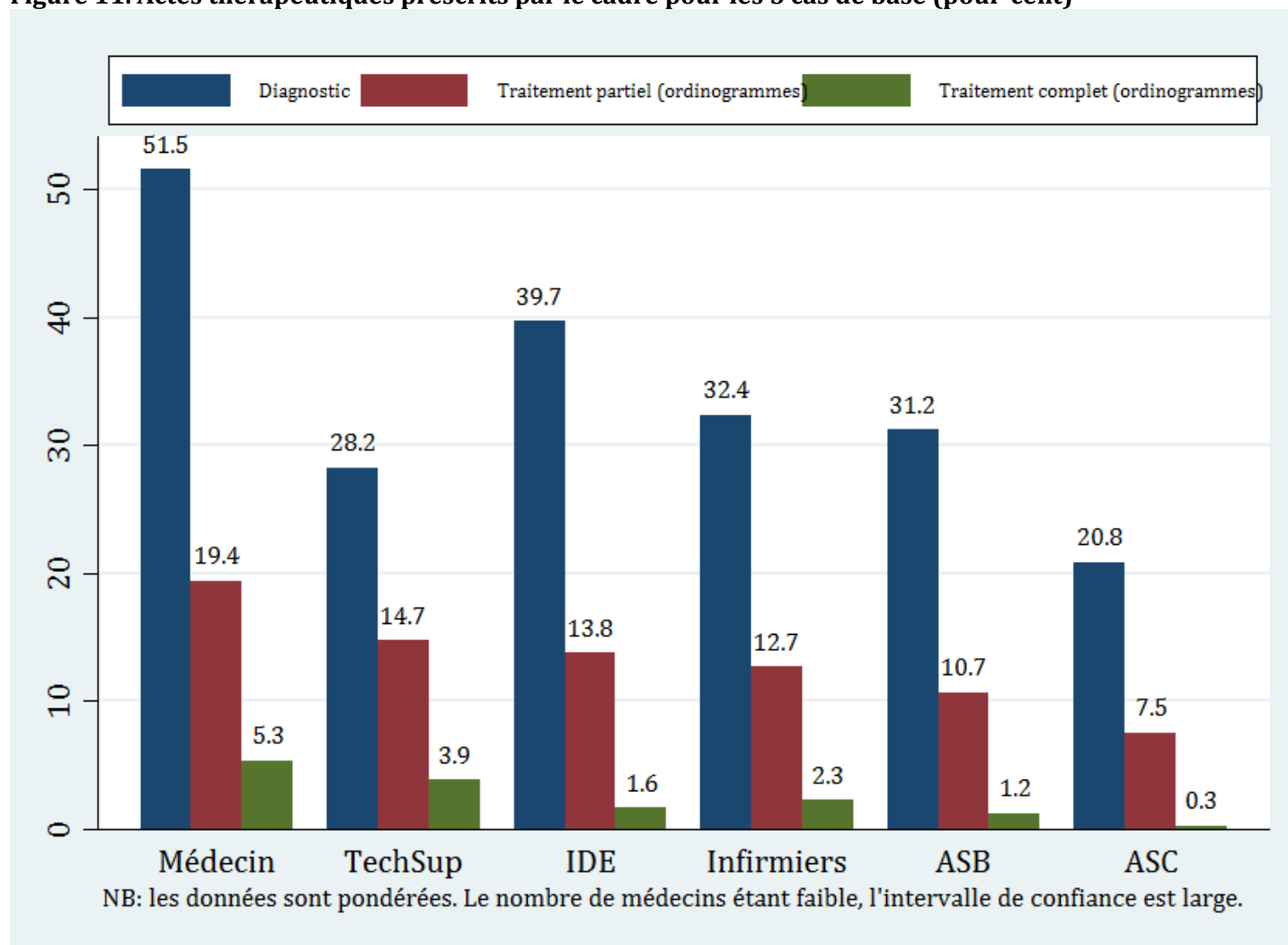
Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 49. Prise en charge des complications maternelles et néonatales par type de cadre

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les cadres	12,0 (0,7)	12,1 (0,7)	9,8 (1,2)	-19,0 (1,6)	12,1 (1,0)	12,1 (0,8)	0,0 (1,2)
Médecins	16,1 (1,6)	,	,	,	,	,	,
Assistants médicaux	16,1 (1,6)	16,9 (1,6)	8,6 (1,3)	-49,1 (1,5)	25,5 (3,8)	15,8 (1,7)	-38,0 (4,2)
Infirmier(e)s	10,8 (0,9)	11,1 (0,9)	6,4 (1,0)	-42,3 (1,6)	12,6 (1,4)	8,3 (0,7)	-34,1 (1,5)
Sages-femmes	19,1 (1,0)	19,3 (1,0)	15,7 (2,9)	-18,7 (3,1)	22,8 (2,2)	18,0 (0,8)	-21,1 (2,4)
Agent de santé communautaire	9,1 (0,6)	9,1 (0,6)	13,5 (4,0)	48,4 (4,0)	9,2 (0,6)	3,8 (0,9)	-58,7 (1,1)

Note : L'échantillon de compétences comprend 36 médecins. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Figure 11. Actes thérapeutiques prescrits par le cadre pour les 5 cas de base (pour-cent)



Note : un « TechSup » est un technicien supérieur, un « IDE » est en infirmier diplome d'Etat, un « ASB » est un agent de santé de base et un « ASC » est un agent de santé communautaire.

Tableau 50. Médicaments de l'étude Disponibilité et capacité opérationnelle des services évalués dans ce rapport

Médicaments (forme)	Total	Mères	Enfants
Amoxicilline (buvable, 125 mg/5 ml)	1	0	1
Ampicilline en poudre (pour injection, 500 mg et 1 g)	1	1	1
Thérapie à base d'artémisinine (artéméther-luméfantrine ou artésunate-amodiaquine, gélule, buvable)	1	0	1
Artésunate (60 mg [acide artésunique anhydre] + ampoule de bicarbonate de sodium 5 pour-cent)/artéméther (solution injectable huileuse) : 20mg/ml et 40mg/ml et 80mg/ml, 1 ml)	1	0	1
Azithromycine (gélule de 250 ou 500 mg ou sous forme buvable : 200 mg/5ml)	1	1	0
Bétaméthasone (injectable, 4 mg ou 8 mg) ou dexaméthasone (injectable, 4 mg)	1	1	0
Gluconate de calcium (injectable, 100 mg/ml, 10ml)	1	1	0
Céfixime (gélule de 200 mg)	1	0	1
Céfixime (gélule de 400 mg)	1	1	0
Ceftriaxone (poudre pour injection, 250 et 500 mg, 1g)	1	0	1
Suppléments d'acide folique (gélule, 5 ou 10 mg)	1	1	0
Gentamicine (injectable, 10 et 40 mg/ml, 2ml)	1	1	1
Sels de fer (injectable, 50 mg/ml)	1	1	0
Suppléments de fer (sels de fer sous forme de gélule, 200 mg, poudre 100 mg, injectable 50 mg/ml)	1	1	0
Suppléments de fer/d'acide folique (FAF) (gélule, 200 mg + 25 mg)	1	1	0
Sulfate de magnésium (injectable, 500 mg/ml, 2 ml et 10 ml)	1	1	0
Acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera) (injectable, 150 mg, 3 ml)	1	1	0
Métronidazole (injectable, 500 mg, volumes de 100 ml)	1	1	0
Misoprostol (mifépristone en gélules de 200 mg)	1	1	0
Nifédipine (gel/gélule, 10 mg libération rapide)	1	1	0
Sels de réhydratation orale (sachets à diluer SRO)	1	0	1
Ocytocine (Syntocinon) (injectable)	1	1	0
Paracétamol (comprimé : 500 mg)	1	0	1
Procaïne benzylpénicilline (poudre pour injection)	1	1	1
Chlorure de sodium (Solution saline/NaCl) (solution injectable : 0,9 pour-cent isotonique, 250 et 500 ml)	1	1	0
Vitamine A (gélule : 50 000 et 200 000 UI)	1	0	1
Sulfate de zinc (gélule ou gel : 10 mg ou 20 mg)	1	0	1
Total	27	16	11

Tableau 51. Disponibilité des médicaments (ajusté en fonction du niveau de l'établissement)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Médicaments essentiels	50,8	50,9	47,1	-7,5	50,6	54,6	7,9
	(2,2)	(2,2)	(6,3)	(6,5)	(2,4)	(3,6)	(4,4)
Médicaments essentiels aux mères	50,4	50,4	51,3	1,8	49,5	60,5	22,2
	(2,9)	(3,0)	(7,0)	(7,3)	(3,2)	(3,2)	(4,5)
Médicaments essentiels aux enfants	44,3	44,2	46,7	5,7	43,3	54,0	24,7
	(3,2)	(3,2)	(4,4)	(5,2)	(3,5)	(2,3)	(4,2)
Médicaments traceurs (ajusté)	54,0	54,0	56,4	4,4	53,0	65,7	24,0
	(3,2)	(3,2)	(10,7)	(10,8)	(3,4)	(3,8)	(5,1)

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 52. Disponibilité des médicaments par niveau d'établissement (ajusté en fonction du niveau d'établissement)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
National	16,4	16,2	18,0	11,1	16,2	20,5	26,5
	(3,9)	(4,3)	(4,6)	(6,3)	(4,3)	(5,5)	(7,0)
Cases de santé	1,9	1,9			1,9	1,9	
	(1,1)	(1,1)			(1,1)	(1,1)	
Centres de santé	43,8	53,4	13,3	-75,1	53,4	15,5	-71,0
	(7,8)	(10,0)	(5,2)	(11,3)	(10,0)	(6,2)	(11,8)
Hôpitaux de district	46,8	46,8				46,8	
	(10,1)	(10,1)				(10,1)	

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 53. Disponibilité des vaccins par niveau d'établissement (pour-cent)

Niveau de l'établissement	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	44,6 (8,8)	49,3 (10,4)	22,6 (7,7)	26,7 (13,0)	49,3 (10,4)	24,5 (9,2)	24,8 (13,9)
Cases de santé	26,4 (15,4)	.	26,4 (15,4)	.	.	26,4 (15,4)	.
Centres de santé	48,1 (10,0)	54,4 (11,7)	17,5 (9,6)	36,9 (15,1)	54,4 (11,7)	19,4 (11,5)	35,0 (16,4)
Hôpitaux de district	41,1 (10,2)	.	41,1 (10,2)	.	.	41,1 (10,2)	.

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les vaccins sont la rougeole, la polio (vaccin oral), le pentavalent DTC-Hib+HepB, le BCG, le VPC10 et le VPC23. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 54. Disponibilité des vaccins par niveau d'établissement (à l'exception du pneumo-23, pour-cent)

Niveau de l'établissement	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	16,4 (3,9)	16,2 (4,3)	18,0 (4,6)	-1,9 (6,3)	16,2 (4,3)	20,5 (5,5)	-4,3 (7,0)
Cases de santé	1,9 (1,1)	.	1,9 (1,1)	.	.	1,9 (1,1)	.
Centres de santé	43,8 (7,8)	53,4 (10,0)	13,3 (5,2)	40,1 (11,3)	53,4 (10,0)	15,5 (6,2)	37,9 (11,8)
Hôpitaux de district	46,8 (10,1)	.	46,8 (10,1)	.	.	46,8 (10,1)	.

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les vaccins sont la rougeole, la polio (vaccin oral), le pentavalent DTC-Hib+HepB, le BCG et le VPC10. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 55. Détail des vaccins disponibles (pour-cent)

Niveau de l'établissement	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Rougeole	90,7	91,0	63,9	-29,8	91,1	90,4	-0,8
Polio oral	92,3	92,3	86,4	-6,4	91,1	98,9	8,6
DTC-Hib+HepB (pentavalent)	91,2	91,1	100,0	9,8	89,8	98,3	9,5
Tuberculose (BCG)	72,4	72,5	63,9	-11,9	69,8	87,2	24,9
VPC10	54,6	55,0	22,5	-59,1	59,6	30,3**	-49,2
Pneumo23	0,6	0,7	-1,3	-285,7	0,6	0,9*	50,0
Antitétanique	92,6	92,5	100,0	8,1	91,1	100,0	9,8

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 56. Disponibilité des équipements (ajusté en fonction du niveau d'établissement, pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	35,9	35,5	60,5	(25,0)	32,7	66,7	(33,9)
	(4,0)	(4,1)	(15,7)	(15,7)	(4,5)	(4,0)	(6,0)
Cases de santé	34,2	34,4			34,4		
	(5,3)	(5,4)			(5,4)		
Centres de santé	36,8	35,5	75,7	(40,2)	28,7	61,3	(32,6)
	(6,1)	(6,3)	(13,6)	(15,2)	(8,0)	(4,4)	(9,1)
Hôpitaux de district	94,8	94,8				94,8	
	(2,7)	(2,7)				(2,7)	

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 57. Disponibilité des équipements (non ajusté en fonction du niveau de l'établissement, pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	19,6 (3,5)	19,1 (3,5)	60,5 (15,7)	216,8 (16,4)	14,8 (3,9)	66,7 (4,0)	350,7 (5,6)
Cases de santé	9,3 (4,6)	9,3 (4,6)			9,3 (4,6)		
Centres de santé	36,8 (6,1)	35,5 (6,3)	75,7 (13,6)	113,2 (15,2)	28,7 (8,0)	61,3 (4,4)	113,6 (9,1)
Hôpitaux de district	94,8 (2,7)	94,8 (2,7)				94,8 (2,7)	

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux. Les seuils de signification sont *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Tableau 58. Disponibilité des différents équipements

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Balance	81,5	81,6	73,0	-10,5	80,3	96,7	20,4
	(4,4)	(4,5)	(16,3)	(16,3)	(4,8)	(2,1)	(5,3)
Balance adulte	53,0	52,7	73,0	38,5	49,3	91,1	84,8
	(5,6)	(5,7)	(16,3)	(16,8)	(6,0)	(4,0)	(7,2)
Balance enfant	65,3	66,0	11,1	-83,2	66,0	66,4	0,6
	(5,9)	(6,0)	(7,8)	(9,6)	(6,5)	(7,5)	(9,9)
Balance nourrisson	53,7	53,6	60,5	12,9	50,9	84,3	65,6
	(6,0)	(6,1)	(15,7)	(16,2)	(6,5)	(3,7)	(7,5)
Thermomètre	91,7	91,6	100,0	9,2	91,4	94,3	3,2
	(2,3)	(2,3)	0,0	(2,3)	(2,5)	(3,7)	(4,4)
Stéthoscope	69,0	68,8	80,0	16,3	66,6	94,3	41,6
	(4,8)	(4,9)	(15,6)	(15,6)	(5,2)	(3,7)	(6,4)
Sphygmomanomètre	58,0	57,4	100,0	74,2	54,9	85,6	55,9
	(4,1)	(4,1)	0,0	(4,1)	(4,4)	(3,6)	(5,7)
Divers matériels de stérilisation (tous les établissements)	23,6	22,7	87,5	285,5	18,1	75,5	317,1
	(3,3)	(3,4)	(11,1)	(11,7)	(3,7)	(5,9)	(7,0)
Autoclave	3,1	2,8	26,6	850,0	1,5	17,9	1 093,3
	(1,0)	(1,0)	(17,4)	(17,4)	(0,9)	(5,2)	(5,3)
Chauffe-eau	1,2	0,9	21,4	2 277,8	0,0	11,2	,
	(0,5)	(0,4)	(11,8)	(12,0)	0,0	(5,3)	(5,3)
Stérilisateur à chaleur sèche (Poupinel)	6,2	5,4	60,5	1 020,4	0,8	57,4	7 075,0
	(1,1)	(1,1)	(15,7)	(15,7)	(0,8)	(5,4)	(5,4)
Casserole	18,6	18,4	38,1	107,1	17,4	29,7	70,7
	(3,4)	(3,5)	(18,1)	(18,4)	(3,7)	(9,6)	(10,3)
Incinérateur	25,5	25,1	50,2	100,0	22,4	55,5	147,8
	(5,0)	(5,0)	(16,6)	(17,0)	(5,4)	(6,7)	(8,6)
Réfrigérateur (tous les établissements)	31,3	31,3	30,9	-1,3	28,4	63,6	123,9
	(4,6)	(4,7)	(19,8)	(20,1)	(5,0)	(4,7)	(6,9)
Masque à oxygène	14,9	15,0	6,9	-54,0	13,9	27,9	100,7
	(4,3)	(4,3)	(7,0)	(8,3)	(4,7)	(4,8)	(6,7)
Aspirateur de mucosités	13,2	13,3	6,9	-48,1	12,1	27,1	124,0
	(3,9)	(4,0)	(7,0)	(8,2)	(4,3)	(5,4)	(6,9)
Réfrigérateur (Centre de santé/HD1 seulement)	76,0	77,2	38,6	-50,0	81,4	63,6	-21,9
	(4,5)	(4,5)	(23,2)	(23,4)	(5,6)	(4,7)	(7,3)
Tout type de matériel de stérilisation (Centre de santé/HD1 seulement)	44,0	42,7	84,4	-97,7	32,4	75,5	133,0
	(5,7)	(5,9)	(13,3)	(14,8)	(7,4)	(5,9)	(9,4)

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 59. Disponibilité d'équipement par région (pour-cent)

Equipement	All	Agadez	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey
Balance	35.9	53.6*	23.0***	33.7***	45.5**	21.1***	33.2***	66.7
Balance adulte	81.5	88.3	69.6***	80.9	82.4	91.1	94.2	95.4
Balance enfant	53.0	47.3***	47.1***	54.0***	47.9**	74.3	52.8***	95.4
Balance nourrisson	65.3	72.2	49.7	67.4	72.5	64.5	77.4	55.0
Thermomètre	53.7	72.4*	27.1***	53.9***	63.6	51.5***	68.4**	83.9
Stéthoscope	91.7	94.3	84.6	91.3	96.4	92.8	95.7	93.1
Sphygmomanomètre	58.0	66.5**	44.5***	55.4***	65.5	48.0**	67.2	82.8
Divers matériels de stérilisation	69.0	71.9**	45.9***	81.6	65.5*	75.5	79.3	93.1
Autoclave	31.3	12.7***	17.1***	24.3***	33.3	66.5	59.0	59.7
Chauffe-eau	23.6	11.7***	6.3***	20.4***	37.1***	18.7***	21.9***	86.2
Stérilisateur à chaleur sèche (Poupinel)	3.2	0.0***	3.5***	1.7***	3.0***	0.0***	1.5***	22.9
Casserole	1.2	0.0*	0.4*	0.8*	0.0*	0.0*	0.7*	19.6
Incinérateur	6.2	0.0***	0.8***	4.4***	8.4***	3.6***	2.1***	55.2
Réfrigérateur	18.7	11.7	2.7**	17.0	32.8	15.1	20.5	41.5
Masque à oxygène	25.5	11.7***	0.0***	26.8	32.4	28.7	55.4	49.4
Desobstructeur des voies respiratoires supérieures	35.9	53.6*	23.0***	33.7***	45.5**	21.1***	33.2***	66.7
Nombre de formations sanitaires	256	17	42	60	28	25	59	25

Notes: les comparaisons sont relatives à Niamey. Les comparaisons are relative to Niamey. Les analyses sont plus pertinentes pour Dosso, Maradi et Zinder. Seuils de signification statistique : *** p <0,01, ** p <0,05, * p <0,1.

Tableau 60. Motif du dernier déplacement effectué par un véhicule ou une ambulance par niveau d'établissement (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Public rural	Public urbain
Ne sait pas	2,5	2,3	0,1	2,4	0,0
Transport de patient	91,5	88,6	2,9	83,6	8,4
Récupération de médicaments/fournitures	2,3	2,1	0,1	2,2	0,0
Transport de personnel vers un autre site	1,0	1,0	0,0	1,1	0,0
Supervision	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5
Vaccination	1,3	1,2	0,1	1,2	0,0
Autres	1,0	0,5	0,4	0,5	0,0

Tableau 61. Disponibilité des éléments spécifiques utilisés dans l'indicateur de l'infrastructure (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Eau potable	54,4	52,5	92,5***	76,2	49,3	100,0***	102,8
	(7,6)	(7,8)	(4,5)	(9,4)	(8,2)	0,0	(8,2)
Toilettes pour patients externes	25,5	23,3	69,8***	199,6	20,6	63,7***	209,2
	(5,6)	(5,4)	(11,3)	(13,5)	(5,5)	(12,6)	(13,7)
Électricité	26,4	22,7	98,0***	331,7	18,4	88,2***	379,3
	(4,4)	(4,2)	(1,9)	(4,9)	(4,0)	(6,5)	(7,6)
Électricité sans coupures de courant fréquentes	21,3	18,4	79,4***	331,5	14,3	80,3***	461,5
	(3,7)	(3,4)	(5,9)	(7,2)	(3,2)	(6,5)	(7,2)

Notes : Par coupures de courant fréquentes, il faut entendre 15 coupures ou plus, d'une durée minimale de deux heures, au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Tableau 62. Disponibilité des infrastructures (pour-cent)

	Tous	Public	Privé	Diff. (%)	Public rural	Public urbain	Diff. (%)
Tous les établissements	13,3	10,7	65,8	515,0	7,9	51,8	555,7
	(3,1)	(2,6)	(11,0)	(12,3)	(2,5)	(10,0)	(10,3)
Cases de santé	2,5	2,5			2,5		
	(1,6)	(1,6)			(1,6)		
Centres de santé	31,7	26,0	65,8	153,1	22,6	44,2	95,6
	(6,1)	(5,4)	(11,0)	(14,5)	(6,0)	(12,8)	(14,1)
Hôpitaux de district	79,1	79,1				79,1	
	(7,6)	(7,6)				(7,6)	

Notes : Les comparaisons au sein d'une même catégorie d'établissements sont établies par rapport aux établissements publics et publics ruraux ; les comparaisons entre types d'établissements sont établies par rapport aux hôpitaux.

Références

- Banerjee, A. et Duflo, E. (2005). « Addressing Absence ». *Journal of Economic Perspectives* 20 (1), p. 117-32.
- Banque mondiale (2014). « République du Niger : Rapport de situation sur la santé au Niger ». Rapport N° ACS8965.
- Das, J. et Hammer, J. (2005). « Which Doctor? Combining Vignettes and Item-Response to Measure Doctor Quality ». *Journal of Development Economics*, 78 p. 348-383.
- Das, J. et Hammer, J. et Masatu, L. (2008). « The Quality of Medical Advice in Low-Income Countries ». *Journal of Economic Perspectives* 22(2), p. 93-114.
- Gauthier, B. et Wane, W. (2009). « Leakage of Public Resources in the Health Sector: An Empirical Investigation of Chad ». *Journal of African Economies* (18), p. 52-83.
- Hanushek, E. A. et Wößmann, L. (2006). « Does Educational Tracking Affect Performance and Inequality? », Differences- in-Differences Evidence Across Countries*. *The Economic Journal*, p. 116 C63-C76. doi:10.1111/j.1468-0297.2006.01076.x
- INS (2014). « Présentation des résultats globaux définitifs du Quatrième (4e) Recensement général de la population et de l'habitat (RGP/H) de 2012 ». Institut national de la statistique du Niger.
- Lange, S., Mwisongo, A. et Mæstad, O. (2014). « Why don't clinicians adhere more consistently to guidelines for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)? ». *Social Science & Medicine* 104. (2014). p. 56-63.
- Organisation mondiale de la santé (2011). Médicaments prioritaires pour les mères et les enfants. Sur le site : <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>.