



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION  
INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE**



## **MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**Pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES  
EN ECONOMIE DE LA SANTE**

*Promotion 12, Année académique 2009-2010*

### **THEME**

**DÉTERMINANTS DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ :**

**CAS DU NIGER 1960 - 2009**

**Présenté par :**

**M. Bégou Aboubacar CHAIBOU**  
Economiste

**Sous la direction de :**

**Dr. El Hadj GUEYE**  
Chef de département Economie  
de la Santé ISMS-CESAG

**Mars 2012**

*Le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion  
n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions  
émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées  
comme propres à leur auteur*

**DEDICACES**

*« Gloire à Dieu le tout Puissant, le Miséricordieux qui me comble de grâce et m'assiste dans toutes mes épreuves ».*

Ce mémoire est dédié spécialement à toutes les personnes qui me sont chères et qui ont œuvré pour mon bien-être notamment :

**Ma mère Fatima SALIFOU**, pour m'avoir donné la vie et guidé mes pas avec affection et tendresse tout au long de mon parcours. Que Dieu t'accorde longévité et santé.

\*\*\*\*\*

**Mon père Chaïbou BEGOU**, enseignant dévoué, vous m'avez inculqué les jalons et les principes de la vie et de l'école. Avec honneur et fierté, je porterai toujours et partout votre nom. Que le tout puissant rallonge encore vos jours de retraité.

\*\*\*\*\*

**Mes petits frères et sœurs, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, mes neveux et nièces**, pour votre amour indéfectible, vos encouragements et votre soutien moral. Que Dieu veille sur vos vies.

\*\*\*\*\*

**Mes ami(e)s** les plus intimes pour toute l'assistance multiforme dont j'ai bénéficié de vous.



## REMERCIEMENTS

Au terme de ce cycle de formation en Economie de la Santé, je voudrais remercier toutes les personnes qui, à un titre ou un autre, m'ont apportées un appui inestimable tout au long de mon parcours.

Je voudrais particulièrement adresser mes sincères remerciements à :

- ❖ **la Coopération Technique Belge (CTB)**, pour avoir bien voulu financer cette formation ;
- ❖ **Dr. El Hadj GUEYE**, Chef de département Economie de la Santé ISMS-CESAG-Dakar, qui m'a patiemment encadré et apporté une assistance remarquable en vue de la réalisation de ce travail de recherche ;
- ❖ **Pr Hervé LAFARGE**, Maître de conférences agrégé à l'Université Paris Dauphine et enseignant associé au CESAG, pour ses orientations inestimables dans la réalisation de ce mémoire ;
- ❖ tout le **corps enseignant** et le **personnel administratif** de l'Institut Supérieur de Management de la santé (ISMS) sans lequel cette formation n'aurait pas été possible ;
- ❖ tous les **stagiaires en économie de la santé de la douzième promotion** pour les peines et les moments de joie partagés. Vous avez été ma famille d'accueil au Sénégal ;
- ❖ **M. Abdramane SALIFOU**, Gestionnaire des Hôpitaux à Niamey, pour tous ses conseils et sa patience dans le cadre de la recherche de ma bourse d'études ;
- ❖ **M. Idrissa YANSSAMBOU**, Directeur des Archives Nationales du Niger et **M. Aregoze MOUSSA**, Cadre de l'INS/MEF/Niger, qui m'ont facilité l'accès aux principales données qui ont constitué les informations de base pour mon travail ;
- ❖ **M. Sidikou SOUMANA**, Economiste de la Santé DEP/MSP/Niger, pour sa disponibilité et sa contribution à la finalisation de cette étude.

Enfin toute ma gratitude à l'endroit du personnel du Ministère de la Santé Publique du Niger et surtout celui de la Direction des Etudes et de la Planification pour avoir créé un cadre propice à l'apprentissage dans lequel j'ai eu l'opportunité d'évoluer et d'effectuer mon stage de fin d'études.

**LISTE DES SIGLES ET  
ABRÉVIATIONS**

ANR	Aide Non Remboursable
ARV	Anti-Rétro-Viraux
BIE	Budget d'Investissement de l'Etat
BM	Banque Mondiale
CDEAO	Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest
CDSMT	Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPN	Consultation Périnatale
CTB	Coopération Technique Belge
DAF	Direction des Affaires Financières
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DFI	Direction du Financement Intérieur
DM	Densité Médicale
DOTS	Direct Observed Treatment Short-course ou « Traitement de Courte Durée sous surveillance Directe »
DNS	Dépense Nationale de Santé
DPS	Dépenses Publiques de Santé
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSCN	Direction des Statistiques et des Comptes Nationaux
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSS/RE	Direction des Statistiques de la Surveillance et Riposte aux Epidémies
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
ECD	Equipe Cadre de District
EDS N-MICS	Enquête Démographie et de santé et à Indicateurs Multiples
EPA	Établissement Public à Caractère Administratif
ES	Espérance de vie à la naissance
FASR	Facilité d'Ajustement Structurel Renforcé
FC	Fonds Commun
FMI	Fonds Monétaire International
FRP/C	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
INS	Institut National des Statistiques
IPC	Indice des Prix à la Consommation
IPPTTE	Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés

IPS	Investissement Public en Santé
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISMS	Institut Supérieur de Management de la Santé
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
LFI	Loi de Finances Initiale
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MF	Ministère des Finances
MP	Ministère du Plan
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAPDS	Programme d'Appui à la mise en œuvre du PDS
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PASEP	Programme d'Ajustement du Secteur des Entreprises Publiques
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POP	Population
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSPR	Programme Spécial du Président de la République
PTF	Partenaire Technique et Financier
RDP	Revue des Dépenses Publiques
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDRP	Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRP	Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
SSP	Soins de Santé Primaires
TBM	Taux Brut de Mortalité
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
VIH	Virus de l'Immunodéficiences Humaine

**LISTE DES TABLEAUX**

<i>TABLEAU 1 : PROGRESSION DU PIB (\$US CONSTANT) DE 1960 A 2008.....</i>	<i>11</i>
<i>TABLEAU 2 : EVOLUTION DES BUDGETS DE LA SANTE ET DE L'ETAT ET CELLE DU PIB 1960-2009 .</i>	<i>35</i>
<i>TABLEAU 3 : TAUX DE CROISSANCE ANNUELS MOYENS.....</i>	<i>36</i>
<i>TABLEAU 4 : PARTS RELATIVES DU BUDGET DE LA SANTE PAR RAPPORT AU BUDGET DE L'ETAT ET DU PIB 1960-2009.....</i>	<i>37</i>
<i>TABLEAU 5 : REPARTITION ET EVOLUTION DES GRANDES MASSES DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE PAR CATEGORIE ECONOMIQUE DE 2001 A 2009 (EN MILLIONS DE FCFA) .....</i>	<i>39</i>
<i>TABLEAU 6 : LES FLUX FINANCIERS ENTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES AGENTS DE FINANCEMENT EN MILLIONS DE FCFA, ANNEE 2006.....</i>	<i>44</i>
<i>TABLEAU 7 : LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE PAR PRESTATAIRES DE SOINS (2006) .....</i>	<i>48</i>

**LISTE DES FIGURES**

FIGURE 1 : DIVISION ADMINISTRATIVE DE LA REPUBLIQUE DU NIGER..... 9

FIGURE 2 : EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE EN COMPARAISON AVEC LE BUDGET GENERAL  
DE L'ETAT ET DU PIB (DONNEES NON DEFLATEES) ..... 36

FIGURE 3 : PART DU BUDGET DE LA SANTE DANS LE BUDGET GENERAL DE L'ETAT ET LE PIB ..... 38

FIGURE 4 : EVOLUTION DES TITRES DE DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE 2001-2009..... 40

FIGURE 5 : REPARTION DE LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE PAR SOURCES DE FINANCEMENT  
(2006)..... 45

FIGURE 6 : LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE SELON LES AGENTS DE FINANCEMENT (2006) ..... 46

FIGURE 7 : REPARTION DE LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE ENTRE PRESTATAIRES (2006)..... 47

# TABLE DES MATIÈRES

<b>DEDICACES</b> .....	I
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	II
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	III
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	V
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	VI
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	VII
<b>RESUME</b> .....	IX
<b>ABSTRACT</b> .....	XI
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PROBLEMATIQUE</b> .....	3
<b>OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE</b> .....	6
<i>OBJECTIF GENERAL</i> .....	6
<i>OBJECTIFS SPECIFIQUES</i> .....	6
<i>HYPOTHESES</i> .....	6
<b>INTETRET DE L'ETUDE</b> .....	6
<b>CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE</b> .....	7
<b>PREMIERE PARTIE :</b> .....	8
<b>CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	8
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE</b> .....	9
<b>1.1. GENERALITES SUR LE NIGER</b> .....	9
1.1.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE .....	9
1.1.2. CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE .....	10
1.1.3. CONTEXTE MACROECONOMIQUE .....	10
<b>1.2. CHAMP DE L'ETUDE</b> .....	11
1.2.1. CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL .....	11
1.2.2. SITUATION SANITAIRE ET EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS .....	15
<b>CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE</b> .....	19
<b>2.1. REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	19
2.1.1. LES TRAVAUX EN COUPE TRANSVERSALE : EFFET REVENU ET EFFET PRIX .....	19
2.1.2. ANALYSES LONGITUDINALES .....	20
2.1.3. PRISE EN COMPTE DES SPECIFICITES DU BIEN SANTE .....	20
2.1.3.1. <i>L'effet de la couverture sociale</i> .....	20
2.1.3.2. <i>Les effets démographiques</i> .....	21
2.1.3.3. <i>Le progrès technique médical</i> .....	22
<b>2.2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE</b> .....	22
2.2.1. LES VARIABLES .....	22
2.2.1.1. <i>Variable endogène</i> : .....	23

2.2.1.2. Variables exogènes :.....	23
2.2.2. TYPE D'ETUDE ET TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES.....	23
2.2.3. PLANNING DE COLLECTE DES DONNEES .....	23
2.2.4. ANALYSE DES DONNEES .....	24
<b>DEUXIEME PARTIE :.....</b>	<b>26</b>
<b>CADRE OPERATIONNEL ET ANALYSE DES DONNEES .....</b>	<b>26</b>
<b>CHAPITRE 3 : LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DES SOINS AU NIGER.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. PROFIL MACROECONOMIQUE DU NIGER ET EVOLUTION DES DIFFICULTES DE DEVELOPPEMENT.....</b>	<b>27</b>
3.1.1 LES PLANS ET PROGRAMMES DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL .....	28
3.1.2 LES PROGRAMMES D'AJUSTEMENT STRUCTUREL (PAS).....	28
3.1.3 STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE .....	30
<b>3.2. FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU NIGER .....</b>	<b>32</b>
3.2.1 ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU NIGER.....	32
3.2.2 EVOLUTION DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE PENDANT LA PERIODE 1960-2009 .....	34
3.2.3 ANALYSE DE LA STRUCTURE DU BUDGET DE LA SANTE (EVOLUTION RECENTE 2001-2009).....	39
<b>3.3. ANALYSE DU DISPOSITIF DE FINANCEMENT DE LA SANTE AU NIGER .....</b>	<b>41</b>
3.3.1 STRUCTURE DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU NIGER : .....	41
3.3.2 ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT.....	44
3.3.3 ANALYSE DES AGENTS DE FINANCEMENT .....	46
3.3.4 DEPENSE NATIONALE DE SANTE PAR PRESTATAIRE .....	47
<b>CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>49</b>
<b>4.1. ANALYSE A COMPOSANTES PRINCIPALES .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2. DETERMINANTS DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE .....</b>	<b>52</b>
4.2.1 BASE THEORIQUE DU MODELE .....	52
4.2.2 RESULTATS DE L'ESTIMATION DU MODELE ET INTERPRETATIONS.....	55
4.2.3 DISCUSSIONS .....	57
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE I : DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE II : INDICATEURS MACROECONOMIQUES ET DE DEVELOPPEMENT DU NIGER (1960-2009) .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE III : LES AUTRES RESULTATS DE L'ACP ET DE LA REGRESSION.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE IV : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU NIGER.....</b>	<b>79</b>



**RESUME**

Dans la plupart des pays en développement les ressources budgétaires consacrées à la santé sont en forte croissance depuis plusieurs décennies. Ces dépenses étant largement socialisées, il est capital d'évaluer si cette tendance a des chances de se poursuivre, quelles en sont les causes profondes, et si les politiques publiques peuvent les maîtriser. Ce document passe en revue les déterminants possibles de l'augmentation des dépenses publiques de santé au Niger sur la période 1960-2009.

Avant d'estimer les déterminants des dépenses publiques de santé, il était impérieux non seulement de présenter le système de santé à travers son organisation et l'évolution des principaux indicateurs sanitaires mais aussi d'analyser le profil macroéconomique du pays sur la période d'étude ainsi que le dispositif de financement des soins au Niger. Ceci pour comprendre le contexte, caractérisé par la persistance de difficultés économiques et par une volonté politique d'assurer un développement humain durable, dans lequel s'opère le financement du système national de santé.

En 2006, la première source de financement du secteur de la santé au Niger a été les fonds privés qui représentent 45,41% de la Dépense Nationale de Santé (DNS), constitués principalement des apports des ménages (43,65). En plus, les versements directs des ménages chez les tradipraticiens étaient aussi importants que dans les hôpitaux et dépassent de loin les dépenses des ménages dans les cabinets privés et les Centres de Santé Intégrés. Le secteur public demeure l'agent qui a financé la grande partie des ressources mises à la disposition des prestataires de soins pour leurs activités grâce aux fonds de la Coopération internationale (45,51%) et au budget de l'État (41,88%).

Notre étude a révélé que seules les variables liées à l'offre des soins (Densité Médicale et Investissement Public en Santé) ont un impact positif, et significatif pour l'IPS, sur l'accroissement des ressources consacrées à la santé sur la période d'étude. Aussi, les variables liées à la demande de soins et à l'état de santé ont un impact négatif à ne pas négliger malgré qu'elles ne soient pas toutes significatives.

Il s'agit donc là des facteurs sur lesquels une intervention s'avère plus impérieuse si on veut maîtriser la mobilisation des ressources internes de l'Etat et l'accroissement des dépenses publiques de santé.

Cependant, les résultats de notre estimation sont cohérents avec l'hypothèse **H1** selon laquelle l'évolution des dépenses publiques de santé au Niger dépend plus des facteurs de l'offre que ceux de la demande de soins.

En somme, le développement de l'offre de soins durant ces 50 dernières années combiné à des besoins non satisfaits a engendré une demande induite, qui associée à la faible sensibilité des patients aux prix, a alors contribué à la hausse des dépenses publiques de santé. Ce qui nous amène à suggérer aux différents décideurs et acteurs sanitaires à différents niveaux un certain nombre de recommandations.

**ABSTRACT**

In most developing countries budgetary resources devoted to health are rising sharply for several decades. These expenses are largely socialized, it is crucial to assess whether this trend is likely to continue, what are the root causes, and if public policy can master them. This paper reviews the possible determinants of increased public spending on health in Niger over the period 1960-2009.

Before estimating the determinants of public health expenditure, it was imperative not only to present the health system through its organization and evolution of key health indicators but also to analyze the macroeconomic profile of the country over the period of study and the mechanism of financing health care in Niger. This is to understand the context, characterized by persistent economic difficulties and political will to ensure sustainable human development, which takes place in the financing of national health system.

In 2006, the first source of financing the health sector in Niger was private funds that represent 45.41% of the National Health Expenditure (DNS), mainly consisting of contributions of households (43.65). In addition, direct payments of households among traditional healers were as important as in hospitals and far exceed household spending in private practice and Integrated Health Centres. The public sector remains the agent who has financed the bulk of the resources available to caregivers for their activities through funding of International Cooperation (45.51%) and the state budget (41.88 %).

Our study revealed that only variables associated with the provision of care (Density Medical and Public Investment in Health) have a positive and significant for the IPS, the increased resources devoted to health over the period study. Also, variables related to the demand for care and health status have a negative impact should not be neglected although they are not all significant.

It is therefore all factors on which action is more urgent if we want to control the mobilization of internal resources of the state and increasing public spending on health.

However, the results of our estimate are consistent with the hypothesis H1 that the evolution of public expenditure on health in Niger depends on more factors than supply the demand for care.

In sum, the development of health care provision over the last 50 years combined with unmet needs has created a demand driven, which combined with the low sensitivity of patients to prices, while contributing to increased public spending on health. This leads us to suggest the various health actors and decision makers at different levels a number of recommendations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **INTRODUCTION**

Par nature, la santé, en tant que bien économique, ne réunit aucune des caractéristiques susceptibles d'en faire un bien collectif. En ce qui concerne la demande de soins, si l'on se réfère à la théorie du capital humain [Schultz (1963), Becker (1964)], la santé s'apparente à un investissement qui permet aux individus de se constituer un stock de compétences duquel dépendra leur productivité<sup>1</sup>. En ce qui concerne l'offre de soins, notons d'une part que la production de ce service n'est pas forcément sujette à des rendements d'échelle croissants et que, d'autre part, il est tout à fait possible de faire payer les usagers et d'exclure les individus qui ne veulent pas en consommer, même si il est vrai qu'une partie du service peut-être considérée comme indivisible.

Le financement des soins de santé figure en tête de l'ordre du jour de la politique mondiale de santé. La difficulté qu'ont les pays à faibles et moyens revenus à répondre aux besoins de leurs populations en matière de soins de santé reste un problème de tout premier plan et ceci constitue une préoccupation majeure pour les gouvernements de la plupart des pays en développement. Dans le même temps, le coup de projecteur sur la réduction de la pauvreté, à l'instar des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres initiatives internationales, met de plus en plus en exergue la nécessité de mécanismes de financement capables de soutenir les coûts des soins de santé de plus en plus croissants.

Au Niger, plusieurs réformes économiques ont concerné le financement du secteur de la santé. La stratégie mise en place est le partenariat entre l'Etat, les populations, les particuliers et les partenaires au développement afin d'accroître les ressources consacrées au secteur et assurer la pérennité des actions. Ainsi, depuis 2005 on assiste d'année en année à une augmentation du volume budgétaire accordé à la santé par l'Etat. Le budget de 2009 s'élevait à 70,4<sup>2</sup> milliards et représentait 9,6% du budget général de l'Etat et 2,74% du PIB contre respectivement 5,9% et 1,64% en 2005.

En dépit de ces importantes ressources allouées à la santé, le financement de la santé par les pouvoirs publics demeure toujours en deçà des engagements pris par l'Etat dans le cadre de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) et aux niveaux

---

<sup>1</sup> Notons que l'analogie entre capital humain et physique est déjà présente chez A. Smith pour qui la dextérité améliorée du travailleur peut être considérée de la même façon qu'une machine qui facilite et abrège le travail et qui, bien qu'entraînant une certaine dépense, compense cette dernière par un profit.

<sup>2</sup> Lois de finances (2005-2009)

régional et international : la part de la santé dans le budget de l'Etat, bien qu'en hausse ces dernières années, est en dessous des 10% recommandés par l'OMS et encore plus éloignée des 15% de la déclaration d'Abuja.

C'est dans ce contexte caractérisé par la persistance de difficultés économiques et par une volonté politique d'assurer un développement humain durable à travers la réalisation des OMD, que s'opère le financement du système national de santé.

L'économie de la santé est une discipline récente (datant des années 1970) marquée encore très fortement par l'idée de maîtriser des dépenses en constante augmentation. Il est cependant nécessaire de dépasser cette vision réductrice pour comprendre l'ensemble des mécanismes économiques jouant sur le système de santé. C'est pourquoi dans notre étude, nous nous proposons d'étudier l'impact de quelques variables socioéconomiques sur l'évolution de plus en plus croissante des dépenses publiques de santé au Niger, qui est un pays à faible revenu et dont les conditions sanitaires ne sont pas toujours réunies.

La présente étude est répartie en quatre chapitres, repartis en deux grandes parties : un cadre théorique et un cadre opérationnel. Dans le premier chapitre nous avons jugé utile de définir le contexte général de l'étude. Il s'agit ici de présenter les généralités sur le Niger et le système de santé à travers son organisation et l'évolution des principaux indicateurs sanitaires.

Le deuxième chapitre traite de la revue documentaire par rapport au thème de l'étude et la méthodologie utilisée.

Dans le troisième chapitre nous allons décrire et analyser le dispositif de financement des soins au Niger, ensuite le quatrième chapitre sera consacré aux déterminants des dépenses publiques de santé. Ce dernier constituera la synthèse et discussion des résultats.

Nous allons terminer par une conclusion et des recommandations.

## **PROBLEMATIQUE**

Les relations entre le système économique et le système de santé sont complexes. En améliorant le niveau de vie, la croissance économique et le développement ont un effet positif sur le niveau de santé. De plus, la croissance permet de dégager des moyens financiers afin de promouvoir les programmes de prévention, organiser l'assurance maladie et payer les soins. De ce fait, l'espérance de vie à la naissance est plus longue dans les pays où le PIB par habitant est plus élevé. Le raisonnement inverse peut également être défendu. La santé fait partie du capital humain au sens de Becker (1964). Une bonne santé, permet également de gagner des heures de travail et de la productivité, donc des points de PIB. Le sens de la causalité n'est pas connu : est-ce la richesse qui conduit à un bon état de santé ou un bon état de santé permet-il de produire et de consommer plus ?

Dans une étude récente, Acemoglu et Johnson (2007) ont révélé l'impact négatif de la mortalité sur le développement économique. Dans cette même étude, l'auteur a démontré l'impact neutre de la mortalité sur le PIB par habitant si toutes les mesures sanitaires de prise en charge des maladies sont réunies. De même, les auteurs Bloom et Freeman, 1988, Brander and Dowrick, 1994, Galor et Zang, 1997), à travers leurs études empiriques ont illustré l'impact de la natalité sur la croissance économique. Un taux élevé de natalité a un impact négatif sur le Produit Intérieur Brut par habitant (PIB/tête). Cependant, les études basées sur les données européennes montrent l'effet inverse sur le PIB par habitant (Hondroyannis and Papapetrou, 2005).

Classé parmi les pays les plus pauvres du monde, le Niger a en 2008 un Produit Intérieur Brut nominal de 2 397 milliards de FCFA soit de 172.200<sup>3</sup> FCFA par habitant et un taux de croissance économique, même positif ces cinq dernières années (3,9%<sup>4</sup> en moyenne entre 2005 et 2009), insuffisant par rapport à une démographie galopante de 3,3%. En dehors du secteur primaire, le pays enregistre aussi des ressources provenant de la vente de l'uranium la principale ressource minière et des produits artisanaux.

Depuis la profonde crise économique et financière du début des années 1980 due à la chute de la demande et du cours de l'uranium, le pays a élaboré plusieurs programmes de stabilisation et d'ajustement de son économie. Non seulement les résultats de ces programmes

---

<sup>3</sup> INS/MEF

<sup>4</sup> CDSMT 20011-2015

sont demeurés mitigés, mais la crise s'est accentuée au cours des années 1990. Cette situation va amener les gouvernements successifs à donner une plus grande priorité aux actions d'assainissement des finances publiques, et notamment aux actions relatives à la maîtrise des dépenses publiques et à la mobilisation des ressources internes.

Malgré ces efforts, la situation sanitaire demeure toujours préoccupante avec des indicateurs en deçà des moyennes de l'Afrique au Sud du Sahara. La couverture sanitaire, la mortalité maternelle et infantile sont respectivement de 65%, 6,48‰ et 198‰ (EDSN III-MICS 2006) et en plus la situation épidémiologique est prédominée par la présence des maladies infectieuses et parasitaires auxquelles s'ajoute l'apparition de nouvelles maladies telles que les IST/VIH/SIDA.

Aussi, l'analyse du financement public indique qu'en moyenne sur la période 1960-2009, la dépense publique de santé croît annuellement moins vite que le PIB réel (15,06% contre 23,30%) et que les ressources budgétaires allouées à la santé dans la Loi des Finances proviennent pour l'essentiel de l'Etat. Par exemple, en 2007, en incluant les ressources PPTE (15,19% des dépenses), 65,32% des dépenses du Ministère ont été financées par le Trésor national. Cependant, l'étude faite sous l'angle de la dépense publique globale (c'est-à-dire en incluant les interventions à gestion directe des Partenaires Techniques et Financiers, les dépenses des collectivités locales, des ONG/Associations, de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et les dépenses financées à partir des recettes du Recouvrement des Coûts), montre qu'elle a représenté 14,18% de la dépense publique totale de l'Etat et environ 2% du PIB.

Cependant, depuis 2004 on assiste d'année en année à une augmentation du volume budgétaire accordé à la santé par l'Etat. Le budget de 2009 s'élevait à 70,386<sup>5</sup> milliards alors qu'il ne représentait en 2004 que 24,549 milliards. Toutefois, cette augmentation ne signifie pas une amélioration significative de la dépense de santé par habitant et par an.

Toutefois, les possibilités de contenir de cette façon les dépenses publiques pour la santé en tentant de prévoir leur progression future et l'identification des facteurs qui déterminent l'évolution de ces ressources constituent le centre d'intérêt de notre étude qui porte sur le thème : « **Les déterminants des dépenses publiques de santé : cas du Niger de 1960 à 2009** »

---

<sup>5</sup> PDS 2011-2015

A l'aide de cette étude, nous pourrions répondre aux questions suivantes :

- *quelle est la part contributive des agents t sources de financement de la santé ?*
- *le relèvement du plateau technique médical est-il à l'origine de l'accroissement les dépenses publiques de santé ?*
- *existe-t-il un lien entre la demande de soins et l'augmentation des dépenses publiques de santé ces dernières années ?*

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

### *Objectif Général*

L'objectif général de cette étude est d'identifier les déterminants des dépenses publiques de santé afin de contribuer à la maîtrise de leur progression future.

### *Objectifs Spécifiques*

- analyser le dispositif de financement du secteur de la santé au Niger ;
- déterminer les facteurs de l'offre et de la demande de soins qui déterminent l'évolution des dépenses publiques de santé;
- identifier les variables à modéliser ;
- mesurer l'impact des facteurs retenus pour une meilleure maîtrise des dépenses publiques de santé ;

### *Hypothèses*

Pour décrire ou expliquer l'accroissement des dépenses publiques de santé au Niger, nous avons retenu les hypothèses suivantes pour notre recherche:

- **H1** : L'évolution des dépenses publiques de santé au Niger dépend plus des facteurs de l'offre que ceux de la demande des soins.
- **H2** : Un bon état de santé contribue à l'augmentation des dépenses publiques de santé.

## INTENTRET DE L'ETUDE

Cette étude nous permettra de maîtriser les théories et les concepts de base en **analyse des données**, en **économétrie** et en **santé publique**. Elle nous permettra également de mettre en pratique des outils méthodologiques utilisés dans des recherches de ce type.

Elle permettra aux décideurs nationaux de mieux cerner les déterminants des dépenses publiques de santé en vue d'une meilleure allocation intersectorielle ou intrasectorielle des ressources.

L'étude enrichira la documentation sur le financement de la santé dans un système de soins africain et constituera pour les différents partenaires un outil d'aide à la prise de décision avant toute intervention dans le développement sanitaire.

Aussi, cette étude économétrique, rare dans le domaine de la santé en Afrique, pourrait-elle éventuellement susciter d'autres travaux de recherche à cause de sa spécificité et de son apport inestimable dans le renforcement du système de santé.

## **CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE**

Il est très difficile de mesurer les dépenses de santé en Afrique notamment au Niger où la notion comptable des dépenses courantes de santé est récente (1998). Face à cette difficulté, nous avons effectué notre analyse sur les dépenses publiques de santé recueillies dans les différents rapports de revue des dépenses publiques du Ministère de la Santé Publique (MSP) et les lois de finances initiales.

La principale contrainte de notre étude a été la non disponibilité de la plupart des informations dans les archives du MSP, ou si elles existent, elles manquent de précisions. En effet, pour ces raisons de manque d'archives conséquentes depuis l'année d'indépendance, notre étude s'est appuyée sur des prévisions budgétaires de 1960 à 1992 et des estimations faites par des institutions internationales (Banque Mondiale et OCDE) afin de disposer des informations complémentaires ainsi que des données relatives à certaines variables retenues sur toute la période de modélisation.

Les limites, quant à elles sont dues à la fiabilité des données recueillies compte tenu de la multiplicité des sources et l'incohérence des données entre les services compétents du secteur, le ministère de l'économie et des finances (INS) et les Partenaires Techniques et Financiers. En outre, il existe des années pour lesquels les données ne sont pas disponibles. A cela il faut ajouter une prédominance des liaisons comptables dans les résultats au détriment des liaisons comportementales compte tenu du choix des variables explicatives qui dans leur majorité sont quantitatives que qualitatives.

Nous restons conscients des insuffisances que pourrait présenter cette étude et espérons que ce travail exploratoire ouvre la voie à d'autres recherches.



**PREMIERE PARTIE:**  
**Cadre théorique et contexte de  
l'étude**

## CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

De 1960, année de son accession à l'indépendance, à ce jour, le Niger a été successivement dirigé par des gouvernements qui détenaient leur « légitimité » soit d'élections libres soit de leur mise en place à la suite de la prise des pouvoirs par les forces armées nigériennes.

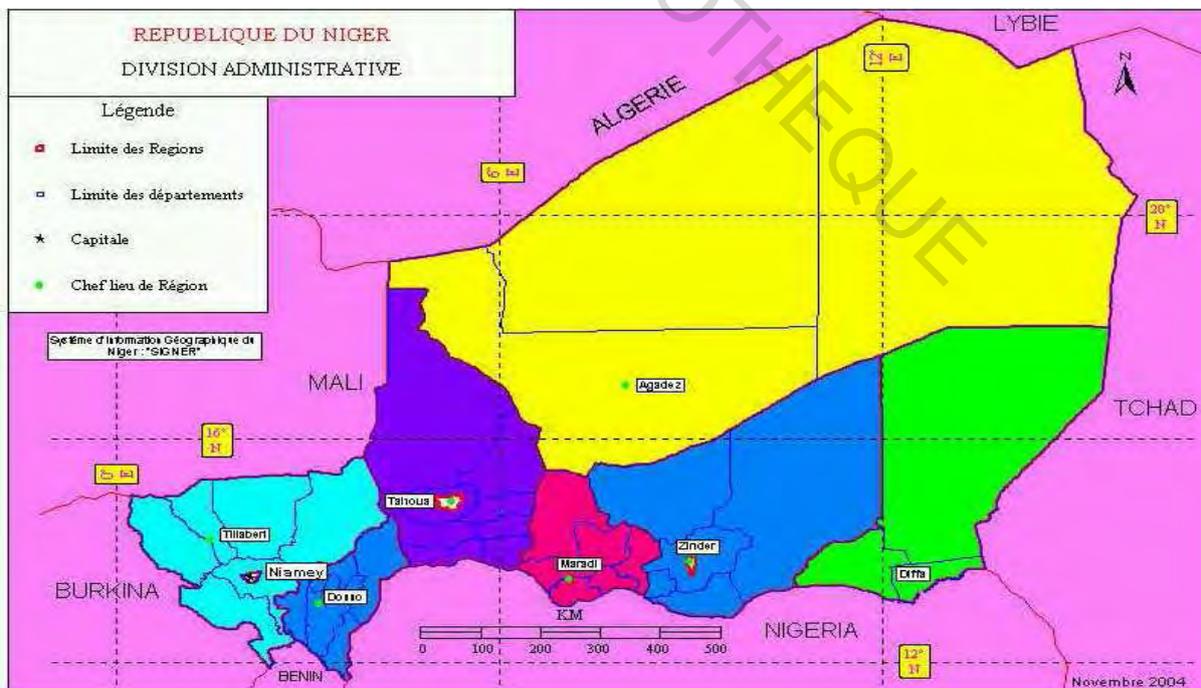
### 1.1. Généralités sur le Niger

#### 1.1.1. Contexte géographique

Pays enclavé, le Niger s'étend de l'isohyète 0 à 700 mm sur une superficie de 1.267.000 km<sup>2</sup>. Les conditions climatiques et pluviométriques demeurent aléatoires, irrégulières et insuffisantes dans le temps et l'espace. Le pays est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali.

Le territoire national est divisé en 8 grandes régions, 36 départements et compte 265 communes. A la tête de chaque entité administrative est placé un responsable chargé de promouvoir les actions de développement dans son entité administrative.

Figure 1 : Division administrative de la République du Niger



Source : Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté, 2008 - 2012

### **1.1.2. Contexte sociodémographique**

Selon la projection démographique du RGPH 2001, sa population est estimée en 2010 à 14 693 000<sup>6</sup> d'habitants, dont 80,2 % résidant en zone rurale. La densité moyenne de population est de l'ordre de 11,6 habitants/km<sup>2</sup> avec une disparité importante entre les différentes régions du pays : plus de 75 % de la population vit dans moins de 40 % du territoire national, environ 15 % est nomade. La proportion des jeunes âgés de moins de 15 ans est de 52,09% et celle des femmes est de 50,1%.

Bien qu'en légère régression (7.5 enfants/femme en 1988), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7.1 enfants/femme (EDSN III 2006), constituant une préoccupation majeure pour la santé aussi bien des femmes que des enfants. Il induit un taux d'accroissement démographique de 3.3%/an, un des plus élevés du monde, avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant de ce fait la paupérisation du pays.

Le taux global d'alphabétisation est de 29% (ENBC III 2008) avec un taux brut de scolarisation de 71,7 % chez les garçons et de 53,5 % chez les filles.

### **1.1.3. Contexte macroéconomique**

Le Niger a une structure économique très liée à l'activité agricole et d'élevage (39,7% du PIB en 2008)<sup>7</sup>, elle-même largement dépendante des conditions climatiques. La superficie des terres agricoles a en outre reculé au cours des décennies passées, tant sous l'effet du recul de l'irrigation que de la progression de l'aridité. Les secteurs industriels (14,1% du PIB) et tertiaires (35,7% du PIB) sont encore trop peu développés pour permettre de contrebalancer les conséquences socio-économiques des à-coups de la production agricole, d'autant qu'au moins 80% de la population active sont concentrés dans cette activité et que la monétarisation de l'économie est peu avancée.

Dès lors, la condition socio-économique des Nigériens est précaire. Le taux de croissance du PIB par habitant est l'un des plus faibles du monde, ayant même diminué au cours des années 1990 (-2,71% par an en moyenne sur la décennie 1980-1990) du fait d'une croissance économique moyenne insuffisante (0,14%) au regard de la croissance démographique de

---

<sup>6</sup> Le Niger en chiffres, édition 2009, INS/MEF

<sup>7</sup> INS/MEF

l'époque (3,3%). Deux tiers au moins de la population de ce pays aux trois quarts rural vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'accès aux services d'éducation et de santé, pourtant reconnus comme deux piliers de l'amélioration de la condition socio-économique, reste très inférieur comparé à l'accès dans d'autres pays de la sous région.

**Tableau 1 : Progression du PIB (\$US constant) de 1960 à 2008**

	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2008
<b>Taux de croissance annuel s moyens</b>	2,90%	1,63%	0,14%	1,87%	4,96%
<b>Taux de croissance moyen / habitant</b>	-0,16%	-1,39%	-2,71%	-1,47%	1,26%

**Sources :** Données sur les comptes nationaux de la Banque mondiale et fichiers de données sur les comptes nationaux de l'OCDE.

## 1.2. Champ de l'étude

### 1.2.1. Cadre politique et institutionnel

Le secteur de la santé au Niger a été marqué par plusieurs changements institutionnels importants intervenus avec l'avènement des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978. Afin d'accélérer l'application des stratégies des SSP, le pays a souscrit depuis 1987 à l'initiative de Bamako qui a pour principe la participation financière et physique des populations à travers la politique de recouvrement partiel des coûts des soins de santé a été adoptée par la loi 95-014 du 03 juillet 1995. Ce fut alors le début d'un long processus de planification sanitaire avec l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000, de la Déclaration de Politique Sectorielle de santé adoptée en 1995 et enfin de l'approche programme visant la Gestion Axée sur les Résultats. La révision de la Politique de santé, l'élaboration d'un document d'orientations stratégiques 2002-2011 et l'adoption de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) en 2002 ont abouti à l'élaboration d'un deuxième Plan de Développement Sanitaire (PDS 2005-2010) adopté en février 2005 et la mise en place d'un cadre de partenariat entre l'Etat, les collectivités, les communautés, les Partenaires Techniques et Financiers, les ONG, les associations et les privés nationaux dans le but d'une mobilisation conséquente de ressources pour le secteur. Pour consolider les acquis, en évitant une rupture dans le processus de planification, le MSP a entrepris l'élaboration d'un nouveau PDS pour la période 2011-2015 et d'un Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) ainsi

que la signature d'un COMPACT avec tous les partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé.

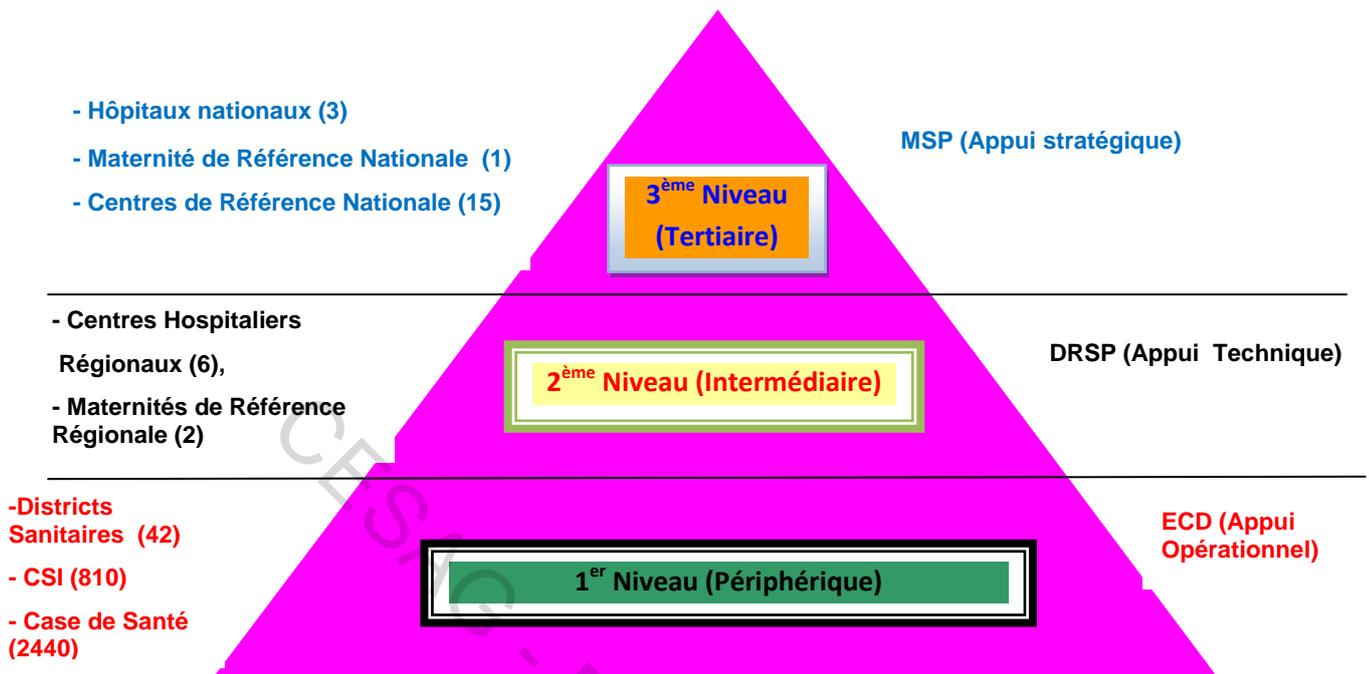
Le Ministère de la Santé Publique est organisé selon le découpage administratif du pays et sa principale mission est de mettre en place un système de santé capable d'offrir des soins de qualité accessibles à l'ensemble des populations du Niger.

Pour un meilleur accès aux soins, le système est structuré sur la base des piliers suivants :

- **La Gouvernance** du Système de santé est assurée au niveau national par l'administration centrale du Ministère de la Santé Publique, qui comprend outre le Cabinet du Ministre, un Secrétariat Général, 2 directions générales et 13 directions nationales. Au niveau régional, 8 Directions coordonnent, suivent les actions de santé et apportent leur appui technique aux districts placés sous leur responsabilité. Au niveau périphérique, l'action sanitaire repose sur l'équipe cadre des 42 districts sanitaires. La participation de la société civile est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les associations et les mutuelles de santé.
- **Les prestations de service** sont assurées (en 2009) par un réseau d'établissements de soins structuré en 3 niveaux hiérarchisés. Au niveau périphérique, il y a 810 Centres de Santé Intégrés (CSI) dont 799 fonctionnels auxquels sont rattachées 2440 cases de santé parmi lesquelles 2187 sont fonctionnelles. Les soins de 1ère référence sont assurés par 33 hôpitaux de district (26 sont équipés d'un bloc opératoire). Au niveau régional, les soins de 2ème référence sont assurés par 6 hôpitaux régionaux, et 2 maternités régionales de référence. Au niveau national, sont situés 3 hôpitaux nationaux et une maternité nationale de référence, qui sont tous des Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA).

Le schéma ci-dessous résume sous forme pyramidale l'organisation du Système de santé du Niger.

### Pyramide sanitaire<sup>8</sup>



Outre les structures publiques indiquées par le graphique ci-dessus, gérées par le Ministère en charge de la Santé Publique, le système de santé comprend des établissements de soins publics gérés par d'autres administrations publiques (garnisons militaires, CNSS...) et des établissements privés principalement orientés vers les activités curatives. Ces derniers sont essentiellement concentrés à Niamey.

- **Les ressources humaines** dans le secteur de la santé sont insuffisantes en nombre : avec 6 874 agents, le pays ne dispose que d'1 agent de l'Etat pour 2.000 habitants<sup>9</sup>, dont 12 % de contractuels. Il ne dispose par ailleurs que de 600 médecins (dont 400 appartenant à la fonction publique), soit 1 médecin pour 24 708 habitants ; 2 100 infirmiers soit 1 infirmier pour 6 600 habitants et 550 sages femmes, soit 1 sage femme pour 5 514 femmes en âge de procréer. Les ressources humaines souffrent de plus d'une mauvaise répartition sur l'ensemble du territoire : 70 % des médecins, 50 % des infirmiers et 65 % des sages femmes travaillent à Niamey et dans les grands centres urbains. 50 % des CSI ne disposent que d'un seul infirmier et 10 % d'une sage femme.

<sup>8</sup> Rapport d'Exécution du PDS 2005-2010, année 2009

<sup>9</sup> Ce ratio est d'1 agent pour 500 habitants au Ghana et pour 1 200 habitants au Burkina Faso

La formation du personnel de la santé est assurée par la Faculté des Sciences de la Santé (73 diplômés attendus en 2009) et par 2 écoles paramédicales publiques et 14 écoles paramédicales privées.

- **En matière de financement**, un cadre partenarial est développé entre l'Etat, les collectivités, la communauté et les PTFs. En 2009 l'Etat a alloué au MSP 70 milliards de FCFA dont 20 milliards pour les dépenses de fonctionnement, 10 milliards de FCFA pour les salaires et 40 milliards de FCFA pour les investissements financés à 90 % par l'extérieur. Le recouvrement des coûts constitue un des piliers du financement du système de santé avec des tarifs subventionnés par l'Etat et ses partenaires. Pour assurer l'accès aux soins pour les groupes vulnérables, le Gouvernement a institué la gratuité des césariennes (2005), des soins aux enfants de moins de 5 ans, des CPN, des consultations de PF et de la prise en charge des cancers féminins (2006). A ce titre pour l'année 2009, il a été inscrit dans la loi des finances un montant de 4.755.000.000 FCFA dont 575.000.000 FCFA pour l'achat des médicaments et équipements médicaux.
- **L'approvisionnement pharmaceutique** repose sur la présence d'un établissement public, l'ONPPC et de son réseau de 44 officines réparties entre les 42 districts sanitaires, et de 14 sociétés grossistes privées. Le pays compte par ailleurs un établissement chargé du contrôle des produits pharmaceutiques, le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), une société de production pharmaceutique (SONIPHAR), 88 officines privées, dont les  $\frac{3}{4}$  sont situées à Niamey, et 89 dépôts pharmaceutiques. L'approvisionnement pharmaceutique souffre cependant de faiblesses qui sont à l'origine de fréquentes ruptures de stock. Ses dysfonctionnements entravent fortement la réalisation d'une offre de soins de qualité, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre de la gratuité des soins et la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Pour les corriger, une stratégie de renforcement de l'approvisionnement pharmaceutique a été élaborée par le Ministère de la Santé. Elle renforcera un plan de sécurisation des produits de la santé de la reproduction et un programme de lutte contre le marché illicite des médicaments.
- **Le suivi et l'évaluation** reposent sur un Système National d'Information Sanitaire assuré par la DSS/RE et qui s'appuie sur le réseau des CSI, des districts sanitaires et des DRSP pour fournir au Ministère de la santé les informations nécessaires à ses prises de décision. Cependant, les données recueillies par le SNIS se limitent aux seules données épidémiologiques et ne concernent ni la disponibilité, ni l'utilisation des ressources,

qu'elles soient matérielles, humaines, pharmaceutiques ou financières. En outre le système de suivi évaluation intègre un processus décentralisé de revue semestrielle et annuelle de la mise en œuvre du PDS, du suivi financier du financement du FC, du suivi budgétaire de la Loi de finances, des exercices de revues des dépenses publiques et comptes nationaux de la santé.

### **1.2.2. Situation sanitaire et évolution des principaux indicateurs**

Malgré la volonté politique maintes fois affichée et les efforts déployés depuis des années, la situation sanitaire reste préoccupante et est marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles endémiques et endémo épidémiques (paludisme, choléra, méningites, VIH/sida, tuberculose ...) et l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers ....). Par ailleurs, l'extrême vulnérabilité du pays entraîne la survenue quasi-régulière de situations d'urgence (crises alimentaires, catastrophes naturelles ou provoquées) auxquelles le pays n'est pas toujours préparé. Ces nombreux facteurs de risque contribuent à accroître la charge maladie dans la population, en particulier chez les plus vulnérables, femmes et enfants, situation aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque maladie (3% de la population bénéficie d'une couverture maladie). Cette situation rend difficile l'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé.

Une analyse de l'évolution des indicateurs des OMD liés à la santé sur la période 1990-2008<sup>10</sup> montre que, dans l'ensemble, si des progrès ont bien été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015.

#### **Evolution par rapport à l'objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim**

Le problème nutritionnel des enfants nigériens reste entier et s'est particulièrement dégradé en 2005 suite à la crise alimentaire qu'a connue le pays. Malgré une évolution en dents de scie du taux de malnutrition chronique entre 1990 et 2005, on observe cependant une diminution sensible de celui-ci sur la période 2005 à 2008. De 48% en 1990, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale est passé à 50% en 2005 pour descendre à 39,3%.en 2008. La situation structurelle, cyclique au Niger, de crise alimentaire tous les 3 à 5 ans, rend cependant aléatoire le rendez-vous de 2015 (24%).

---

<sup>10</sup> Rapport des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la Santé, MSP (2009)

#### **Evolution par rapport à l'objectif 4 : Réduire la mortalité des moins de 5 ans.**

De 318 ‰ en 1992, le taux de mortalité infanto juvénile est passé à 198 ‰ en 2006<sup>11</sup>. Parmi les facteurs contributifs, on note que le taux de létalité du paludisme est passé de 0,27% en 2005 à 0,13% en 2008 ; le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est supérieur à 80% depuis 2005, le taux de récupération des malnutris est passé de 29 % en 2005 à 50.1% en 2008. Le taux d'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) est de 10% (EDNS 2006). Sur ces bases, le pays pourrait se rapprocher de son objectif de 114‰ en 2015.

#### **Evolution par rapport à l'objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.**

Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé : 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 et a très peu évolué (700 pour 100 000 naissances vivantes en 1990), rendant difficile l'atteinte de l'OMD 5 (175 pour 100 000 naissances vivantes). Parmi les facteurs contributifs, on retient que la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a connu une évolution timide, passant de 16% en 1990 à 17.7% en 2006, 21.9% en 2008 (SNIS). Cette proportion est de 34.4% selon l'enquête nutrition survie réalisée en 2009. Avec un gain de 12 points entre 2008 et 2009, il est fort probable que la cible de 50% en 2015 soit atteinte.

#### **Evolution par rapport à l'objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies**

Pour combattre de façon efficace le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, le Niger a mis en place des programmes nationaux spécifiques qui disposent chacun d'un plan stratégique de lutte.

**VIH/sida :** On constate une stagnation du taux de séroprévalence globale qui est passé de 0.87% en 2002 à 0.70% en 2006. Le taux de séroprévalence VIH chez les femmes enceintes reçues à la 1ère visite de CPN est passé de 0.06% en 2006 à 0.03% en 2007. L'effectif cumulé des malades sous ARV est passé de 695 en 2005 à 2 846 en fin 2008. La gratuité des soins y compris la thérapie par ARV, l'adoption d'une loi sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida ainsi que l'acceptation croissante du dépistage volontaire expliquent cette performance. Il n'est pas exclu que le Niger puisse à terme inverser le profil épidémiologique des IST/VIH/sida.

---

<sup>11</sup> EDSN-MICS III 2006

**Tuberculose :** On constate un important accroissement de l'incidence qui passe de 168 en 2005 à 180 pour 100 000 habitants en 2008 (toutes formes confondues) ; pour les cas de Tuberculose pulmonaire positive l'incidence a passé de 50 cas pour 100000 hts en 2005 à 77 cas en 2007. Le taux de dépistage est passé de 40,2% en 2005 à 57% en 2009. La proportion de décès parmi les malades dépistés est stable. Elle oscille entre 6% en 2005 et 5,9% 2008. La mise en place de la DOTS a amélioré le succès thérapeutique : 80% de guérison en fin 2009 pour un objectif fixé de 85% (OMS).

**Paludisme :** Sur la période 2000-2008, l'incidence annuelle s'est maintenue en moyenne à 80,5 cas pour 1000 habitants avec une évolution en dents de scie : 51,4 cas pour 1000 habitants en 2000 avec un pic de 146.2 cas pour 1000 habitants en 2008. Par contre le taux de létalité montre une amélioration significative : 0.27% en 2005 pour 0.13% en 2008. La proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme est passée de 48% en 2005 à 72.3% en 2008. Une enquête d'évaluation (indicateurs R3, R4 et R5) réalisée en octobre 2009 montre que 60% des enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée pour une disponibilité de 78.3% au niveau des ménages

#### **Evolution par rapport à l'Objectif 7 : Assurer un environnement durable**

Selon l'OMS, le lavage des mains, l'application des mesures d'assainissement, le traitement et la bonne conservation de l'eau potable à domicile, réduisent respectivement de 45%, 39% et 32% la morbidité due à la diarrhée. Au Niger, la situation en matière d'hygiène et d'assainissement ainsi que les problèmes liés à la pollution de l'environnement et aux changements climatiques restent préoccupants: 50.1% de la population a accès à l'eau potable en 2008 contre 48.7% en 2005, tandis que 8,4% des ménages disposent de latrines, 16% des mères se lavent les mains au savon après avoir été aux toilettes (enquête survie 2009). L'insuffisance de l'eau et d'assainissement favorise en plus des maladies diarrhéiques, les IRA, le paludisme et la prolifération des vecteurs de certaines maladies (trachome...).

### **Evolution par rapport à l'Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement**

La signature du cadre de partenariat entre les partenaires et le Ministère de la santé en octobre 2005 a mis en place un espace de coordination dirigé par le MSP et assisté par "un chef de file" des partenaires assurant la coordination entre les Partenaires. Ce même espace existe au niveau des régions. En droite ligne de la Déclaration de Paris, le Niger a par ailleurs signé le Compact global en mai 2009. L'adoption du Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 et du CDSMT sera suivie de la signature d'un COMPACT Pays engageant ainsi aussi bien le Gouvernement que ses partenaires pour le financement de ce nouveau Plan.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

---

Au cours de notre étude des concepts seront utilisés, par conséquent pour lever toute équivoque sur notre champ lexical, il est opportun d'en définir certains (voir Annexe I).

### 2.1. Revue de la littérature

A ce jour, la plupart des travaux empiriques sur les dépenses de santé, notamment ceux relevant d'une approche macroéconomique, sont centrés sur les facteurs de demande.

#### 2.1.1 Les travaux en coupe transversale : effet revenu et effet prix

Faute de données longitudinales suffisantes, les premiers travaux effectués au cours des années 1970 ont adopté une approche exclusivement en coupe et ont étudié l'impact de l'effet revenu et de l'effet prix sur le volume des dépenses de santé.

Les travaux fondateurs de Newhouse (1977), effectués en coupe sur treize pays (mais sur des années différentes par manque de données), concluent à une élasticité revenu significativement supérieure à l'unité (1,35), le PIB par tête expliquant à lui seul 92% des variations des dépenses de santé. Newhouse en tire les conclusions que la santé est un bien supérieur et que l'achat d'une unité de soins supplémentaire contribue à améliorer davantage l'état subjectif de bien-être (*care*) que les indicateurs objectifs de morbidité ou de mortalité (*cure*). Comme l'ont souligné Parkin *et al.* (1987), ces conclusions en termes de comportements microéconomiques sont risquées lorsqu'elles s'appuient sur le seul examen de séries agrégées.

Gerdtham et Jönsson (1991) introduisent également directement le prix relatif des dépenses de santé comme variable explicative et concluent à une élasticité de -0,83, non significativement différente de -1. L'ajout de facteurs institutionnels (Gerdtham *et al.* OCDE 1992, Gerdtham *et al.*, OCDE 1995) ne permet pas de trancher dans le débat sur la valeur de l'élasticité revenu (1,33 pour des données transversales sur 1985, et 0,74 pour une étude sur 24 pays de 1970 à 1991, avec des effets fixes à deux niveaux pour les pays et les années).

On obtient pourtant ainsi des indicateurs intéressants sur les performances comparées des différents types de systèmes de santé : les pays dont le mode dominant de rémunération des prestataires est à l'acte (cas de la France et jusque récemment des Etats-Unis) dépenseraient

de ce fait, toutes choses égales par ailleurs, en moyenne 11% de plus en soins médicaux que les pays où le mode de rémunération dominant est la capitation (cas du Royaume-Uni ou du Danemark).

### **2.1.2 Analyses longitudinales**

Murillo *et al.* (1993) introduisent plusieurs innovations notables : cette fois, l'analyse s'appuie sur des données longitudinales grâce à l'estimation d'un modèle unique de 1960 à 1990, séparément sur chacun des dix pays formant la Communauté Européenne en 1985.

Dans la foulée de Gerdtham, les auteurs ont recours aux parités de pouvoir d'achat mais testent deux modèles, en déflatant successivement les dépenses de santé per capita par un indice de prix sectoriel (*weighted quantity of health care*) et un indice de prix global (*health care expenditure*). La première mesure traduit le volume d'actes médicaux effectués, la deuxième reflète plutôt la charge financière que représentent les soins de santé.

Dans la plupart des pays le premier indicateur croît moins rapidement que le second (les prix des dépenses de santé augmentant plus rapidement que l'indice général des prix), mais c'est le contraire en France, où les prix, en particulier dans le secteur du médicament, sont très encadrés.

### **2.1.3 Prise en compte des spécificités du bien santé**

L'Horty *et al.* (1997) utilisent une démarche comparable pour la France mais élargissent l'éventail des variables explicatives : aux effets revenus et prix considérés par Murillo *et al.*, ils ajoutent des caractéristiques institutionnelles (une estimation du niveau de la prise en charge publique des dépenses de santé), démographiques (impact éventuel d'une consommation médicale plus forte aux âges extrêmes) et surtout technologiques.

#### *2.1.3.1 L'effet de la couverture sociale*

L'influence du niveau de prise en charge publique des dépenses de santé est a priori relativement incertaine. Certes, les travaux en données transversales suggèrent une corrélation négative (Gerdtham, 1995). Mais il semble que ceci soit dû au contrôle assez strict qui pèse sur les prestataires dans un système intégré (de type britannique ou danois) où la part des dépenses publiques est très forte. Par contre, on peut imaginer qu'une augmentation

d'une année sur l'autre de la part de la prise en charge publique dans un système dont les structures demeurent par ailleurs invariantes induise plutôt un accroissement des dépenses.

L'Horty et al. aboutissent effectivement à la conclusion que la prise en charge publique (grossièrement mesurée comme la part des dépenses totales de santé prise en charge directement par l'Etat ou les caisses d'assurance maladie) a un impact positif significatif sur le volume des dépenses : une augmentation de 1 point du taux de prise en charge induirait une hausse de 2% du volume des dépenses. Mais ce facteur saurait d'autant moins expliquer une part très importante de la croissance des dépenses que l'assurance maladie publique réduit son niveau de prise en charge depuis une quinzaine d'années (via la hausse du ticket modérateur) pour atteindre un taux moyen de 75%, avec une réduction globale de 30% mais restreint considérablement l'accès aux soins des plus pauvres.

#### *2.1.3.2 Les effets démographiques*

L'allure des profils de consommation médicale par âge (avec un pic dans les premières années d'existence et un forte croissance après 65 ans) amène à s'intéresser aux variables démographiques, spécialement dans un contexte de vieillissement rapide de la population au début du siècle prochain.

Les variables démographiques (part des plus de 65 ans dans la population totale, et taux de dépendance, qui exprime le rapport de la population des moins de 20 ans et des plus de 65 ans au reste de la population française) se sont avérées non significatives sur la période 1970-1995 (le taux de dépendance l'est toutefois sur la période 1960-1995) et ne figurent donc pas dans les estimations de L'Horty et al. Ce constat est corroboré par les résultats de Gerdtham et al. (OCDE, 1995) qui estiment que la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans n'influence pas significativement le montant des dépenses de santé, et que celle des enfants de moins de 4 ans n'a un impact significatif que sur les dépenses de médecine ambulatoire, pas sur les dépenses totales.

Par ailleurs, Hourriez (1992), sur des données temporelles relatives à la consommation de services médicaux des ménages français, estime que le vieillissement n'expliquerait mécaniquement, à comportements inchangés, qu'une part assez faible de l'accroissement des dépenses de santé. Entre 1980 et 1990, le vieillissement expliquerait 0,26% de croissance des dépenses de santé en volume chaque année, à comparer à un taux de croissance annuelle moyen de 3,3%.

### *2.1.3.3 Le progrès technique médical*

Dans la grille d'analyse qui sépare effets d'offre et de demande, le statut du progrès technique médical est relativement incertain. On peut arguer que l'apparition de nouvelles technologies permet de soigner des pathologies auparavant non traitées (effet d'offre), mais également que la rapidité de la diffusion de ces technologies dans les cabinets et les services hospitaliers dépend de la demande des patients.

La mesure du progrès technique s'avère par ailleurs particulièrement ardue ; les auteurs envisagent deux types d'estimateurs : une première catégorie rapporte les dépenses en appareils thérapeutiques soit au nombre de lits d'hôpitaux, soit au nombre de médecins ; notons que cette mesure du progrès technique peut s'avérer inadéquate. Par exemple, une stagnation des dépenses en appareils associée à une diminution du nombre de lits (avec augmentation du taux d'occupation des lits) peut induire un accroissement de l'indicateur de progrès technique, alors qu'il faut n'y voir qu'une rationalisation de l'offre de soins. L'autre méthode d'évaluation consiste à retenir le rapport à la population totale du nombre de personnes traitées pour une pathologie dont la fréquence d'apparition est stable sur la période considérée : insuffisance rénale par exemple. Le risque est que la croissance de ce taux de traitement soit liée autant à la demande (effet revenu, prise en charge par les organismes de Sécurité Sociale...) qu'à l'offre (progrès technique). A cet égard, la première catégorie d'indicateurs constitue une estimation plus directe du degré de diffusion du progrès technique au sein des hôpitaux.

## **2.2. Méthodologie de recherche**

Nous allons chercher à tester l'existence de relations de long terme entre les dépenses publiques de santé et des variables dont il semble qu'elles recouvrent aussi bien des effets d'offre que de demande de soins. Ces variables peuvent présenter toutefois une corrélation que nous examinerons à travers une analyse de données pour éviter des biais sur les résultats de notre modélisation.

### **2.2.1. Les variables**

Les modèles quantitatifs simples tels que les modèles de régression linéaire multiple, objet de notre étude, permettent d'exprimer la relation entre une variable dépendante quantitative (Y)

et des variables indépendantes (explicatives) ( $X_i$ ), qui peuvent être qualitatives et quantitatives.

#### *2.2.1.1. Variable endogène :*

La variable dépendante de cette étude est la dépense Publique de Santé déflatée par habitant (DPS/h).

#### *2.2.1.2. Variables exogènes :*

Les variables indépendantes retenues dans le cadre de cette étude pour l'ajustement linéaire sont :

- Variables liées au progrès technique médical (IPS/h : Investissement Public de Santé déflaté par habitant, DM : Nombre de médecins)
- Variables macroéconomiques (PIB/h : Produit Intérieur Brut nominal déflaté par habitant et IPC : Inflation, prix à la Consommation) ;
- Variables démographiques (POP : Population, ES : Espérance de vie, ISF : Indice Synthétique de Fécondité et TBM : Taux Brut de Mortalité).

La modélisation se fera à travers un modèle de régression linéaire multiple pour cerner les différents impacts à court et long terme de nos variables exogènes sur la variable endogène. Nous testerons d'abord les Dépenses de Santé déflatées par habitant avec toutes les variables exogènes liées à l'offre, à la demande de soins et avec des facteurs liés à l'état de santé pour identifier celles qui influence le plus la variable endogène (DPS/h). Le modèle avec les variables retenues se présente comme suit :

$$\text{DPS/h} = \alpha_0 + \alpha_1 \text{DM} + \alpha_2 \text{IPS/h} + \beta_1 \text{PIB/h} + \beta_2 \text{IPC} + \lambda_1 \text{ES} + \lambda_2 \text{ISF} + \lambda_3 \text{TBM} + \epsilon$$

#### **2.2.2. Type d'étude et techniques de collecte des données**

L'étude est descriptive et économétrique à séries temporelles. Par rapport aux objectifs de ce travail de recherche, nous avons utilisé des techniques quantitatives de collecte de données.

#### **2.2.3. Planning de collecte des données**

Les activités de collecte des données ont été précédées de l'obtention d'une autorisation officielle du Ministère de la santé Publique du Niger, ensuite, nous nous sommes organisés

pour constituer une base de données quantitatives par variables retenues sur toute la période d'étude de façon suivante :

- La revue de la littérature sur site Web, au Ministère de la Santé Publique, au Ministère de l'Economie et des Finances dont l'Institut National des Statistiques, aux Archives Nationaux et auprès des Partenaires Techniques et Financiers. ;

A ce niveau, il a été question d'exploiter toute la documentation ayant trait au financement de la santé, aux finances et à la démographie. Ainsi, les données collectées proviennent en grande majorité de documents nationaux tels que :

- les annuaires et bulletins statistiques ;
  - les enquêtes et recensements nationaux ;
  - les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) et revues des dépenses publiques ;
  - les Plans de Développement Sanitaire (PDS) et lois de finances ;
  - les Cadres des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme – Santé (CDSMT) et la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) etc.
- Les visites et entretiens exploratoires.

Nous avons effectué également des visites et entretiens auprès des personnes ressources dans les locaux des différentes institutions précitées et partenaires au développement exerçant dans le domaine de la Santé et ce, pour la facilitation de collecte ou la complétude des informations à recueillir.

#### **2.2.4. Analyse des données**

Cette phase consistera d'abords à exploiter, toute la documentation collectée, les ouvrages reçus des différentes institutions et nous permettra d'analyser la structure de financement (évolution et nature) du secteur de la santé ainsi que la part contributive des différents sources et agents de financement dans les dépenses de santé au Niger. Ensuite nous allons procéder à une analyse multivariée en composante principale pour transformer les variables exogènes en un nombre inférieur qui nous permettra, à travers une représentation graphique, de choisir celles qui influencent ou non les dépenses publiques de santé.

Les données collectées ont été saisies et traitées de manière informatique à l'aide du logiciel Excel 2007 avant d'être introduites dans le logiciel Stastical Package for Social Sciences (SPSS 10.0) pour une Analyse en Composantes Principales (ACP), une technique qui étudie les relations entre plusieurs variables quantitatives et permet de :

- Décrire plus simplement l'ensemble des variables quantitatives ;
- Réduire si possible la dimension des données.

L'ACP transforme les variables originales en de nouvelles variables non corrélées entre elles nommées composantes principale pour mesurer la quantité d'informations contenue dans chaque composante principale. Ces composantes principales sont ensuite ordonnées par ordre décroissant de variance, la première exprimant la plus grande variabilité (information).

Pour réduire la dimension du problème sans perdre trop d'information, nous nous proposons de retenir que les deux premières composantes principales.

L'analyse des données a reposé surtout sur des techniques économétriques notamment sur les modèles de régression multiple afin de déterminer :

- ✓ dans quelle mesure les facteurs exogènes considérés expliquent la variable dépendante ;
- ✓ l'ampleur et la direction (positive ou négative) de la relation entre chaque facteur et la variable dépendante après avoir contrôlé les effets des autres facteurs présents dans les modèles ;
- ✓ la contribution de chaque facteur à expliquer la variable dépendante au-delà de tous les autres facteurs contenus dans les modèles.

Le logiciel économétrique EVIEWS 5.0 a été utilisé pour estimer les modèles.

Nous nous sommes intéressés aussi à la validation des modèles, aux signes attendus, à la valeur des coefficients ainsi qu'aux variables jugées significatives dans nos modèles. L'interprétation des modèles retenus a été faite pour conclure notre analyse.

Les résultats de cette analyse sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques. Ces derniers ont été produits grâce au logiciel Excel.



**DEUXIEME PARTIE:**  
**Cadre opérationnel et analyse des données**

## **CHAPITRE 3 : LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DES SOINS AU NIGER**

---

Le financement de la santé doit permettre la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en place des mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant au besoin des populations. L'amélioration de la santé des individus est le véritable moteur qui guide la conception des interventions dans ce domaine.

Au Niger, l'application de plusieurs politiques budgétaires et la gestion efficace et efficiente des ressources publiques a influencé le financement des services sociaux, parmi lesquels le secteur de la santé. Face à des moyens limités de l'Etat, il apparaît nécessaire dans un premier temps d'examiner le profil macroéconomique du pays avant d'analyser le dispositif du financement de la santé au Niger

### **3.1. Profil macroéconomique du Niger et évolution des difficultés de développement**

Depuis la période des indépendances, la politique économique de la plupart des pays en voie de développement était marquée par des thèses favorables à une croissance proportionnée des secteurs d'activités. Ces dernières dépendent en grande partie de l'environnement créé par l'action des pouvoirs publics. L'Etat a un rôle essentiel à jouer, non seulement par son activité propre, mais aussi par l'influence qu'il exerce sur de nombreuses autres composantes de la société. Mais l'absence d'une croissance soutenue et la persistance des déséquilibres internes et externes sont les principaux problèmes auxquels est confrontée l'économie nigérienne. La réduction des sources de financement du secteur public a contribué au début des années 80 à la remise en cause de la stratégie de développement axée sur les plans et programmes de développement économique et social pour faire face à des plans d'ajustement structurel avec la concours du Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale.

Le Niger a choisi comme système de pilotage et de gestion du développement la planification indicative. L'expérience nigérienne de la planification et de gestion du développement a connu trois phases essentielles : la période 1960-1983 (marquée par des plans), la phase d'ajustement depuis 1984 et la stratégie de réduction de la pauvreté au début des années 2000. Bien que l'offre des services sociaux soit présente dans toutes ces phases, nous constatons un faible développement du secteur de la santé imputable notamment à l'effort public insuffisant et à l'inefficacité des politiques.

### **3.1.1 Les Plans et Programmes de Développement Economique et Social**

Dès son accession à l'indépendance, le Niger a adopté la planification comme méthode de promotion du développement socio-économique du pays. C'est ainsi qu'il a été institué un système de planification permanente qui consiste à élaborer chaque année un nouveau plan à partir du glissement de l'horizon temporel du plan en cours. Ensuite des plans quinquennaux ont vu le jour à partir de 1979 et dans l'ensemble tous ces plans ont pour objectifs entre autres :

- ✚ le maintien des activités des secteurs productifs ;
- ✚ l'instauration d'une société de développement ;
- ✚ la consolidation des acquis dans les secteurs sociaux.

Ces plans ont permis de créer les bases d'un développement national et les conditions de sa promotion. Malheureusement les plans ont été caractérisés par une exécution partielle et l'insuffisance à l'époque des ressources humaines qualifiées a été la principale contrainte au maintien de ce système, abandonné au profit des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) à partir des années 80. Le système de planification n'a donc pas permis de répondre aux interrogations sur le devenir à long terme, en termes notamment de formation et emploi, d'amélioration des services sociaux et de maîtrise de la croissance démographique.

Avec l'évolution défavorable de la conjoncture économique mondiale, il y a eu donc une substitution du PAS au plan de développement pour une meilleure gestion à court et moyen terme.

### **3.1.2 Les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS)**

Dès 1982, le Niger s'est engagé dans une politique d'ajustement structurel<sup>12</sup> avec des mesures de stabilisation pour réduire les déséquilibres internes et externes devenus ingérables. Ces mesures ont été rapidement complétées par une autre politique d'ajustement structurel visant à favoriser la reprise de la croissance sur des bases saines.

La politique de stabilisation à travers des mesures d'assainissement des finances publiques devrait par un contrôle de l'évolution de la demande globale, réduire les déséquilibres internes et externes et limiter l'inflation en utilisant à cette fin les politiques budgétaire,

---

<sup>12</sup> Le Niger a signé avec le FMI les accords au cours des années suivantes : confirmation 1983, PASEP 1984, PAS1 1986-1988, PAS2 1989-1991, confirmation 1994, FASR 1996-1999 ; FRP/C et IPPTE 2000

monétaire et fiscale. La politique monétaire se traduisait par une limitation du crédit intérieur alors que la politique budgétaire, basée sur le contrôle de la dépense publique, doit s'appuyer également sur une politique fiscale protectionniste puisqu'elle doit assurer à l'Etat un minimum de recettes. En effet, plus l'économie n'est pas développée, plus le rôle de l'Etat est important dans la réalisation des infrastructures, des dépenses d'éducation et de santé.

Parallèlement, les mesures prises dans le cadre de l'ajustement structurel comportaient des réformes structurelles et institutionnelles notamment la libéralisation de l'économie, la privatisation des entreprises publiques, la réforme de la fonction publique, la révision du code de travail, la création d'un environnement incitatif à l'investissement privé. La réforme de libéralisation de l'économie tentait de créer les conditions d'une croissance parfaite, susceptible de réaliser une allocation optimale de ressources. L'élimination des distorsions de prix, la suppression de la désincitation fiscale et des monopoles sont au nombre de cette réforme.

Cette réforme s'est accompagnée par une uniformisation des tarifs à la baisse et une taxation simplifiée des exportations pour créer un système d'incitation aux activités productives. Le second élément consiste à réduire l'importance et les coûts excessifs de la fonction publique, à rationaliser les entreprises publiques pléthoriques tout en dirigeant les maigres ressources publiques vers les infrastructures de base, à soutenir les services économiques vitaux et un développement des ressources humaines. L'objectif est de libérer des ressources nationales pour les investissements et la production du secteur privé.

En vue de mobiliser l'aide étrangère à l'appui d'une stratégie orientée vers la croissance et d'alléger les contraintes qui pèsent sur les ressources, le Niger a obtenu plusieurs rééchelonnements de sa dette extérieure entre 1983 et 1988. La dévaluation du franc CFA de 50% en 1994 est intervenue pour renforcer le processus d'ajustement structurel global au niveau de l'ensemble des pays de l'UEMOA par la mise en application des mesures d'économie budgétaire et la privatisation.

Il est à noter que les relations du Niger avec les institutions de Bretton Woods et d'une manière générale avec la communauté des bailleurs de fonds ont connu des phases de rupture. Globalement, on peut retenir que malgré près de deux décennies d'application des programmes de stabilisation de politique d'austérité et de réformes structurelles, l'ajustement n'a pas permis au Niger de juguler la crise économique et financière devenue structurelle et

persistante. Malgré la stagnation de la demande, suivie d'un relatif maintien de la consommation finale, on peut constater une réduction drastique des dépenses d'investissement.

### **3.1.3 Stratégie de réduction de la pauvreté**

Le début des années 2000 est marqué par le passage du PAS au Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) dont la mise en œuvre implique un changement des perspectives à moyen terme car les objectifs du DSRP sont ambitieux (croissance économique plus forte, plus durable et réductrice de la pauvreté, une approche participative, une gestion par résultat) et implique une augmentation des ressources et une augmentation de l'efficacité et de l'efficience des dépenses publiques.

L'adoption du DSRP par le Niger permet de mieux situer les actions tandis que le passage progressif à l'aide budgétaire devrait accroître la transparence et l'efficacité de l'aide extérieure et des politiques budgétaires nationales. Il s'agit pour le Niger d'une condition pour obtenir la réduction des dettes dans le cadre de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) et, d'une manière générale, pour accéder au financement du FMI. L'essentiel des politiques sociales contenues dans le DSRP repose sur l'accroissement des dépenses budgétaires orientées vers l'amélioration du niveau de vie des plus démunis. Il était donc indispensable que des réformes soient coordonnées et effectuées conjointement dans un cadre plus opérationnel (SRP) pour la mise en œuvre du DSRP.

Ainsi, dans le cadre des réformes économiques visant l'assainissement des finances publiques à travers la mise en œuvre de l'approche programme, le Gouvernement nigérien a adopté une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) en juin 2002. Cette nouvelle stratégie va constituer le cadre de référence de toute action gouvernementale en matière de lutte contre la pauvreté en vue de permettre au Niger d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. Pour rendre opérationnelle la SRP, plusieurs politiques et programmes sectoriels ont été élaborés et/ou mis en œuvre. Au nombre de ceux-ci figurent, notamment : le Programme Spécial du Président de la République (PSPR) avec un large volet de construction et transformation des cases de santé ainsi que d'équipement des hôpitaux; le Plan de Développement sanitaire 2005-2010 etc.

Après cinq années de mise en œuvre, le gouvernement s'est engagé dans la révision de sa Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Cette révision procède de la volonté des Hautes

autorités de l'Etat de prendre en compte l'ensemble des changements majeurs intervenus au cours de la période de mise en œuvre, ainsi que les préoccupations nouvelles exprimées par les parties prenantes, conformément à l'engagement auquel le Niger a souscrit lors de l'adoption du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en janvier 2002.

Tout comme celle adoptée en janvier 2002, la nouvelle Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) adoptée en octobre 2007 est fondée sur la conviction que la réduction de la pauvreté passe par une croissance forte et soutenue créatrice de richesses et d'emplois, notamment dans la sphère des pauvres, et en milieu rural. C'est pourquoi, elle suscite à la fois un engouement partagé et un espoir légitime de la part de la nation toute entière. La SDRP ne se substitue nullement aux programmes et aux stratégies sectorielles existantes, mais conduit à leur réaménagement dans la logique des nouvelles priorités nationales, tout en leur garantissant une cohérence globale.

Les axes majeurs de la SDRP ont été conçus sur la base des enseignements tirés de la mise en œuvre des actions de développement ces dernières années, en particulier du Programme Spécial du Président de la République (PSPR), des aspirations profondes des populations, des orientations fixées par le Gouvernement, des exigences de croissance favorable aux pauvres et en tenant compte de la dynamique d'intégration régionale dans laquelle se situe le Niger, mais aussi des Objectifs Internationaux de Développement.

Il ressort de la mise en œuvre de toutes ces stratégies de réduction de la pauvreté, que le Niger a adopté de 2000 à nos jours, une augmentation progressive du budget général de l'Etat grâce à plusieurs annulations de dettes et ressources additionnelles PPTE que le pays a bénéficié au cours de ces dernières années. Ces nouvelles ressources substantielles ont contribué efficacement à la réduction de la pauvreté à travers les infrastructures et équipements réalisés dans le cadre du PSPR. A cela on peut ajouter une amélioration importante des dépenses sociales qui ont permis aux secteurs sociaux prioritaires de la SRP (santé, éducation et développement rural) à relever significativement l'ensemble des indicateurs socio-économiques, et du coup, le niveau de vie de la population dont ils ont la charge.

### **3.2. Financement du système de santé au Niger**

Depuis son accession à l'Indépendance en 1960, le Niger n'a cessé de déployer d'énormes efforts pour améliorer la santé de la population. Mais à l'instar des autres pays africains, il se trouve confronté à des graves crises surtout économiques qui ont eu pour conséquences la limitation des investissements publics. En effet, l'économie du pays reste toujours faible du fait entre autres de sa forte vulnérabilité aux aléas climatiques. L'évolution économique du pays, a été longtemps caractérisée par une faible croissance avec un taux réel annuel moyen de 1,9%<sup>13</sup> pendant la décennie 1990-2000. En outre, les efforts de redressement économique réalisés après la mise en œuvre de la première SRP qui a permis une certaine stabilité macroéconomique et une sensible amélioration des conditions de vie des populations, étaient toujours insuffisants pour faire face aux besoins croissants d'investissements induits par la forte croissance démographique.

#### **3.2.1 Analyse du financement de la santé au Niger**

En 2009, les «Comptes Economiques de la Nation» estimaient le taux de croissance économique à -1,2% alors que celui de la croissance démographique est estimé à 3,3% selon le recensement général de la population de 2001. Ainsi, les ressources budgétaires de l'Etat, en presque stagnation depuis de nombreuses années et ayant connu une baisse en 2009 en tombant à 14,7% du PIB contre 18,4% en 2008, ne permettent plus de dégager les moyens de fonctionnement et d'investissement nécessaires pour mettre le pays sur le sentier de l'expansion économique. En outre, cette insuffisance de la croissance économique maintient le pays dans une situation de pauvreté persistante.

Le domaine du financement de la santé au Niger a connu peu de réformes hormis l'instauration de la gratuité pour certains soins et services (consultations prénatales, soins curatifs aux enfants de moins de cinq ans, la césarienne et les cancers gynécologiques). Pourtant, les questions financières du secteur sont si préoccupantes que des mesures hardies devraient être prises pour un meilleur accès des populations aux soins, avec des modalités particulières de prise en charge des groupes vulnérables. A ce sujet, les seules initiatives prises ont concerné le système des mutuelles de santé qui demeure toujours embryonnaire.

---

<sup>13</sup> Primature du Niger, Secrétariat SRP, Stratégie de Réduction de la Pauvreté : SRP complète, janvier 2002

Par ailleurs, au cours de la mise en œuvre du PDS 2005-2010, la gestion financière du secteur de la santé était centralisée et la mobilisation des ressources financières a été dès lors très difficile au niveau opérationnel. Ce qui explique en partie les faibles performances enregistrées en termes de décaissement et de budgétisation. Toutes ces questions ont été d'ailleurs analysées à travers les exercices des Revues des Dépenses Publiques (RDP) et des Comptes Nationaux de la Santé dont les principales conclusions sont les suivantes :

- Un **sous financement chronique du secteur** malgré les efforts d'allocation réalisés ces dernières années : selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) la dépense globale de santé s'élève à 116,13 milliards de francs CFA en 2006, soit 8 965 FCFA ou environ 17 \$ US par habitant contre une moyenne de 27 \$ US<sup>14</sup>. pour les pays à faible revenu en 2007 Ce niveau de dépense représente la moitié de celui estimé par la Commission macroéconomie et santé mise en place par l'OMS en 2001 (34 \$US par an et par habitant pour des interventions sanitaires essentielles) ;
- La **prépondérance des ménages dans le financement de la dépense globale de santé** malgré la forte incidence de la pauvreté et l'extrême vulnérabilité de la population : 47,43% de la dépense nationale de santé en 2005 et 43,65% en 2006 ;
- La **quasi-inexistence de systèmes de protection sociale** : 99% de la dépense des ménages en santé sont constitués de paiements directs ; la dépense de santé passant par la sécurité sociale et le système privé d'assurance maladie représente moins de 1% de la dépense globale de santé ;
- Un **financement public en hausse** mais en deçà du niveau attendu : bien qu'assurant plus de la moitié de la dépense de santé, le financement des pouvoirs publics reste en deçà des engagements pris par l'Etat dans le cadre de la SDRP et aux niveaux régional et international : la part de la santé dans le budget de l'Etat, bien qu'en hausse ces dernières années, est en dessous des 10% recommandés par l'OMS et encore plus éloignée des 15% de la déclaration d'Abuja ;
- Une **prépondérance de l'appui extérieur** : l'aide extérieure à travers la Loi des finances a financé environ 22% de la dépense publique de santé en 2006 et 34% en 2007. La part de l'aide hors budget est passée de 35% en 2006 à 21% en 2007 ce qui pourrait être dû à l'intervention de plus en plus des partenaires à travers la loi des finances.

---

<sup>14</sup> Statistiques sanitaires mondiales 2010, OMS

- Une **centralisation de la gestion des ressources** : En effet, les niveaux régional et périphérique n'ont géré en 2007 que 14,5% des financements réalisés (13,7 milliards pour 94,44 milliards).

En somme, le financement de la Santé au Niger est caractérisé par une insuffisance chronique des ressources en moyens de service, une vulnérabilité de la politique de financement et une gestion inefficace des ressources allouées avec comme conséquence un fonctionnement inadéquat des services de santé. Ce problème est non seulement lié à l'insuffisance des dotations, mais au problème de gestion et aux importants arriérés de l'Etat. Ce qui conduit à un déséquilibre dans la répartition du budget entre les différentes catégories de dépenses<sup>15</sup>.

Face à cette situation les populations se trouvent actuellement obligées de participer à leur prise en charge. Mais cette prise en charge, conjuguée avec la part de l'Etat, s'avère insuffisante et mal organisée car elle ne permet pas de couvrir la totalité des besoins des populations.

Pour pallier à cette insuffisance dans le financement du secteur, le Niger a fait recours à l'aide bilatérale et multilatérale. Ce financement extérieur est destiné tout particulièrement aux dépenses d'investissement, aux financements des programmes nationaux et à la remise en état de fonctionnement des formations sanitaires.

### **3.2.2 Evolution des dépenses publiques de santé pendant la période 1960-2009**

On peut noter que le budget de la santé n'a cessé d'augmenter en volume 1960 à 2009, excepté les années en 1965, 1980, 1994, 1996 et 2000. La diminution du budget santé pendant ces années est due d'une part à la crise mondiale, à la dévaluation du Franc CFA intervenue en 1994 et à l'instabilité politique qui a caractérisé les années 90. Ce qui s'est exclusivement répercutée sur le budget matériel. En effet, le budget personnel est le plus élevé durant toute la période 1960-1992<sup>16</sup>. D'ailleurs, on constate un accroissement constant du budget personnel, alors que le budget matériel présente des variations moins importantes.

---

<sup>15</sup> C'est le cas de la part allouée aux dépenses du personnel qui est passée de 292 000 000 à 3 975 000 000 FCFA entre 1960 et 1992 au détriment des dépenses en matériel qui ont évolué de 212 000 000 à 2 567 000 000 FCFA sur la même période. De même les salaires ont doublé entre 2004 et 2009.

<sup>16</sup> Voir annexe

**Tableau 2 : Evolution des budgets de la santé et de l'Etat et celle du PIB 1960-2009**

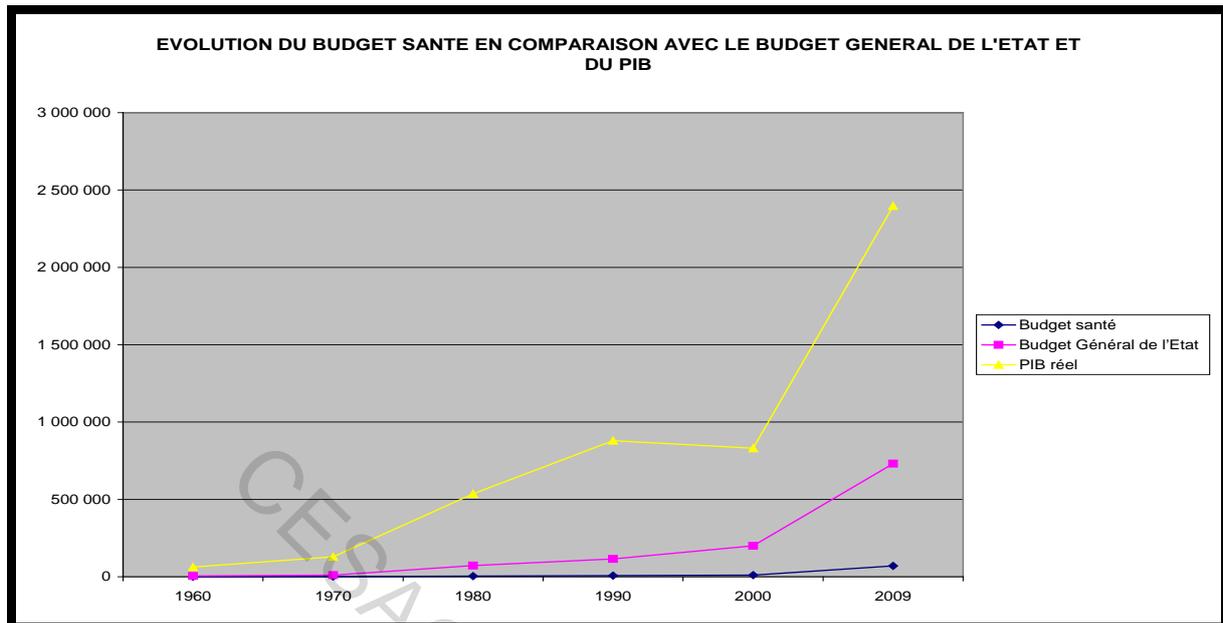
ANNEES			
	Budget santé	Budget Général de l'Etat	PIB réel
1960	503 000	5 333 000	62 911 000
1970	874 665	10 806 105	128 371 000
1980	3 994 805	72 145 733	536 228 000
1990	7 728 674	115 176 000	879 390 000
2000	10 648 444	200 423 000	830 135 000
2009	70 386 000	731 231 000	2 397 000 000

**Sources :** MF/Direction des études financières et réformes, secrétariat du gouvernement (Direction des archives nationales), MP/DSCN, Lois de Finances 2003-2009.

Comme le montrent le graphique ci-dessous, le budget de la santé a augmenté en moyenne à un rythme moins rapide que celui du budget général de l'Etat et du PIB au cours de la période 1960-2009; preuve d'une volonté de l'Etat à prendre en charge les problèmes de santé des populations à travers cette évolution relative des différentes allocations budgétaires. Dans les années 1980, les dépenses ont ralenti, suite en particulier à la vague de réformes du PAS. Mais cela n'a pas suffi à stopper la progression des dépenses en pourcentage du PIB, car la croissance économique elle-même ralentissait. Ce mouvement s'est poursuivi dans les années 1990. Les dernières données publiées montrent une croissance plus forte des dépenses en volume en 2000 et 2009, que l'on peut relier à la bonne stabilité politique retrouvée en 2000.

Au total, les dépenses de santé ont suivi les inflexions de la reprise de la croissance économique, mais avec un rythme moyen plus élevé, et les dépenses de santé en % du PIB réel ont augmenté de 0,80 à 2,94 points entre 1960 et 2009.

**Figure 2 : Evolution du budget de la sante en comparaison avec le budget général de l'Etat et du PIB (données non déflatées)**



**Sources :** MF/Direction des études financières et réformes, secrétariat du gouvernement (Direction des archives nationales), MP/DSCN, Lois de Finances 2003-2009.

Malgré l'accroissement important de la population et donc des besoins de santé, l'évolution du budget de la santé n'est pas proportionnelle à celle du PIB réel et à celle du budget général de l'Etat. Le PIB (non déflaté) a connu un accroissement de 3 810% entre 1960 et 2009 en passant de 62,911 milliards à 2,397 000 milliards sur la même période alors que le Budget de la santé (non déflaté) n'a augmenté que de 2,14 en % du PIB; pendant cette même période, le Budget de la santé a connu un accroissement de 0,19% par rapport au Budget Général de l'Etat (non déflaté) alors que ce dernier a augmenté de 13 711%.

**Tableau 3 : Taux de croissance annuels moyens**

	PIB réel	Budget Général de l'Etat	dépenses publiques de santé	Investissement Public en Santé
1960-1969	7,81%	7,71%	6,63%	9,24%
1970-1979	17,54%	22,05%	23,49%	15,55%
1980-1989	70,41%	5,23%	7,22%	5,25%
1990-1999	-0,48%	6,86%	4,47%	57,55%
2000-2009	20,97%	17,05%	35,52%	22,72%

**Sources :** MF/Direction des études financières et réformes, secrétariat du gouvernement (Direction des archives nationales), MP/DSCN, Lois de Finances 2003-2009, annuaire statistique "séries longues 1960-1990" édition 1991, Direction de la Statistique et de la démographie/MP, MP/DFI/BIE, RDP 2007/MSP.

En pourcentage du PIB réel, les dépenses publiques affectées à la santé, qui sont stagnées à moins de 1% jusqu'en 1990, se sont accrues de plus de 1 % entre 1990 et 2009 en passant de 0,88 à 2,94%. Si l'on tient compte des engagements pris par les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains à Abuja (Nigeria) en 2001, selon lesquels chaque pays doit consacrer 15% de son budget annuel au secteur de la santé, la Niger est loin de respecter cette norme.

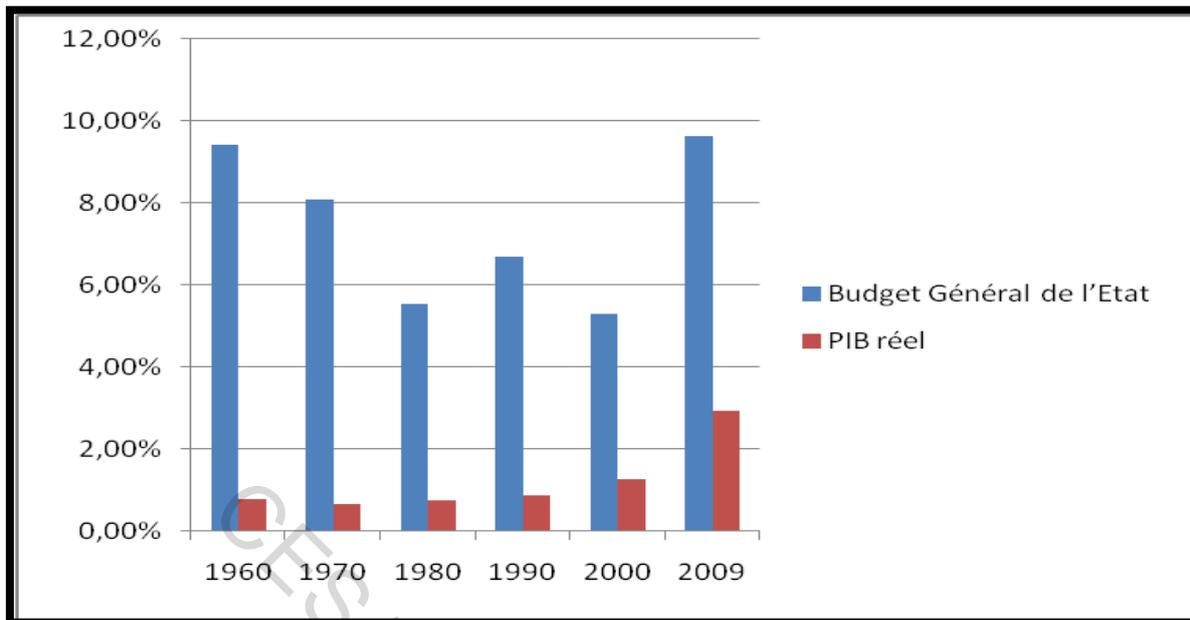
**Tableau 4 : Parts relatives du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat et du PIB 1960-2009**

ANNEE	Dépenses publiques de Santé en % de:	
	Budget Général de l'Etat	PIB réel
1960	9,43%	0,80%
1970	8,09%	0,68%
1980	5,54%	0,74%
1990	6,71%	0,88%
2000	5,31%	1,28%
2009	9,63%	2,94%

Sources : MF/Direction des études financières et réformes, secrétariat du gouvernement (Direction des archives nationales), MP/DSCN, Lois de Finances 2009.

La part des dépenses de santé dans les dépenses totales du Gouvernement est ainsi passée de 9,43 en 1960 à 5,54% en 1980 avant de connaître une augmentation sensible à un peu moins de 10% en 2009. Ceci correspond à environ 21 713 FCFA par habitant (43\$US), soit une augmentation en termes réels d'à peu près 560% durant la période 2000-2009. Cette situation s'explique par le fait que le secteur de la santé est l'un des secteurs sociaux prioritaires de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Cette option politique a entraîné au niveau du secteur de la santé de véritables changements en termes de méthodes de gestion. Un processus de planification opérationnelle décentralisée est mis en œuvre et les procédures d'élaboration budgétaire se sont améliorées à travers l'élaboration de CDSMT et de budget programme. Ces changements ont commencé à porter leurs fruits en matière de mobilisation de ressources budgétaires.

Figure 3 : Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat et le PIB



Sources : MF/Direction des études financières et réformes, secrétariat du gouvernement (Direction des archives nationales), MP/DSCN, Lois de Finances 2009.

Ces dix dernières années, la part du budget de l'état allouée au secteur de la Santé a augmenté (en partie grâce à l'initiative PPTE) pour atteindre 9,63% du budget national en 2009. Le budget est présentement alloué aux institutions publiques sur des bases historiques et ad hoc sans tenir toujours compte de la performance ou des besoins. Enfin, il existe un écart important entre le budget et les dépenses réelles tant au niveau du volume (taux d'exécution estimés de 75% en 2002, 89% en 2003) que de l'allocation.

Comme l'indique le graphique n° ci-dessous, les ressources budgétaires affectées à la santé ont évolué en dents de scie entre 2001-2006 et sans suivre la tendance du PIB et du budget général de l'Etat. Cependant, à partir de 2007 le budget de la santé a évolué sensiblement plus vite que les deux autres paramètres, même si les efforts demeurent insuffisants face à l'immensité des besoins. Cette situation s'explique par le fait que le secteur de la santé est l'un des secteurs sociaux prioritaires de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Cette option politique a entraîné au niveau du secteur de la santé de véritables changements en termes de méthodes de gestion. Un processus de planification opérationnelle décentralisée est mis en œuvre et les procédures d'élaboration budgétaire se sont améliorées à travers l'élaboration de CDSMT et de budget programme. Ces changements ont commencé à porter leurs fruits en matière de mobilisation de ressources budgétaires.

### 3.2.3 Analyse de la structure du budget de la santé (évolution récente 2001-2009)

Selon la nomenclature budgétaire de l'UEMOA, les ressources budgétaires allouées au secteur de la santé sont constituées essentiellement des titres suivants :

- Titre II : les dépenses de personnel,
- Titre III : les dépenses de fonctionnement,
- Titre IV : les subventions et transferts,
- Titre V : les dépenses d'investissements.

Ces dépenses ont suivi une évolution en dents de scie au cours de la période 2001-2005 avant de connaître une progression notable à partir de l'année 2005. L'analyse plus approfondie des différentes catégories de dépenses va nous permettre d'apprécier leur évolution et leur poids respectifs dans les dépenses publiques totales de santé.

**Tableau 5 : Répartition et évolution des grandes masses des dépenses publiques de santé par catégorie économique de 2001 à 2009 (en millions de FCFA)**

Titre	2001		2003		2005		2008		2009	
	Crédit libéré	%								
Personnel	4 508	14,49%	4 686	14,21%	5 219	23,44%	9 153	14,32%	9 784	12,30%
Fonctionnement	9 628	30,94%	2 966	8,99%	5 716	25,67%	40 684	63,67%	38 491	48,38%
Subvention EPA	3 491	11,22%	3 790	11,49%	4 145	18,61%	4 287	6,71%	4 627	5,82%
Investissement	13 492	43,36%	21 532	65,30%	7 190	32,29%	9 772	15,29%	26 665	33,51%
<b>TOTAL</b>	<b>31 119</b>		<b>32 974</b>		<b>22 270</b>		<b>63 896</b>		<b>79 567</b>	

Source : Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat 2001-2009

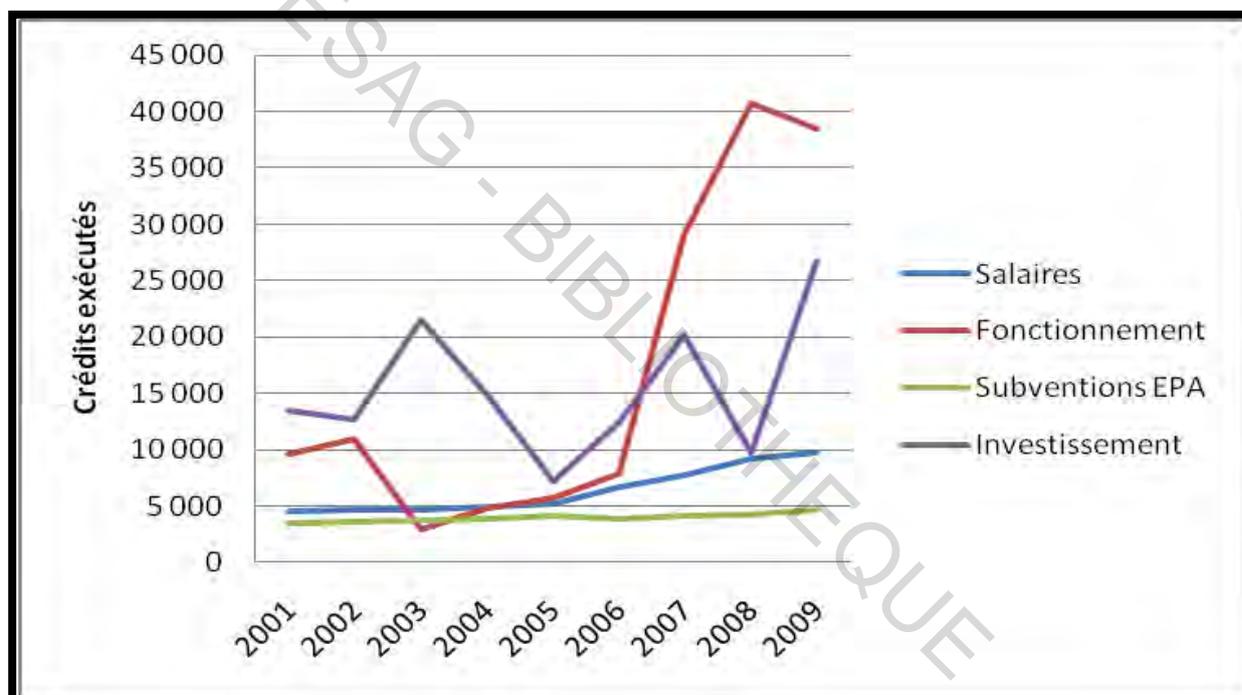
La structure du budget de la santé indique une reprise des dépenses d'investissement à partir de l'année 2005 (environ 20,130 milliards en 2007 contre 12,470 milliards en 2006 et 7,190 milliards de FCFA en 2005). Ceci peut s'expliquer, dans une certaine mesure, par d'importants investissements prévus au cours des deux premières années de mise en œuvre du PDS 2005-2010. A cela s'ajoutent les interventions effectuées à travers le Programme Spécial du Président de la République (31,4% du budget total investissement) dont la programmation reste insuffisamment cadrée par le PDS 2005-2010.

Toutefois, il faut noter que le budget d'investissement est en grande partie (53,17% en 2007) supporté par l'appui extérieur portant beaucoup plus sur les programmes et projets qui en réalité comportent des dépenses de fonctionnement. Une analyse plus fine permettrait de

distinguer que les ressources consacrées au fonctionnement des services priment largement sur celles consacrées à l'investissement. En effet, il est à remarquer une augmentation progressive des dépenses de fonctionnement qui sont passées de 2,966 milliards en 2003 à 40,684 milliards en 2008.

Globalement, sur la période 2001-2009, les dépenses de fonctionnement ont représenté 33,54% du total contre 39,49% pour les dépenses d'investissement. Ces taux sont une moyenne arithmétique, sachant que la tendance s'est inversée à partir de l'année 2007 (dans des proportions titre II/titre V de 47,62%/32,91%) et en 2009 (dans des proportions de 48,38%/33,51%).

Figure 4 : Evolution des titres de dépenses publiques de santé 2001-2009



Source : Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat 2001-2009

L'analyse de l'évolution des dépenses publiques de santé sur la période 2001-2009 fait ressortir des déséquilibres importants dans la répartition économique des dépenses entre salaires, fonctionnement subventions aux EPA et investissement. Les dépenses en salaires sont demeurées importantes et ont accusé un doublement entre 2004 et 2009 en passant de 4,899 à 9,784 milliards de FCFA. Cela pourrait s'expliquer par le recrutement massif de nouveau personnel combiné aux incidences financière et à l'augmentation de 10% des salaires. Il faut noter des très fortes fluctuations pour les dépenses d'investissement (avec des pics en 2003, 2007 et 2009) et une augmentation progressive du fonctionnement depuis 2003.

### **3.3. Analyse du dispositif de financement de la santé au Niger**

Le financement des soins est l'une des quatre fonctions qui assurent le fonctionnement du système de santé. Cette fonction consiste à apporter aux prestataires les ressources dont ils ont besoin pour fournir leurs prestations.

Le dispositif de financement des soins décrit l'ensemble des modalités par lesquelles les prestataires obtiennent les ressources qui leur permettront de réaliser leurs activités. Ce processus comprend plusieurs étapes : un prestataire reçoit des ressources d'un agent (agent de financement), qui lui-même peut avoir obtenues d'un autre agent (source de financement). Le dispositif de financement comprend donc une succession d'agents et d'opérations de financement par lesquels les prestataires finissent par obtenir leurs ressources.

Après avoir analysé le financement de la santé au Niger ci-dessus, en examinant l'évolution des différents apports financiers et leurs natures, nous allons analyser la structure du financement du système de santé. Ceci pour mieux apprécier les relations entre les agents de financement et leurs propres sources de financement ainsi que la part contributive de chaque agent dans le financement (affectation, allocation) ou le paiement des prestataires de soins (tarification à l'acte ou subvention par exemple).

#### **3.3.1 Structure du financement du système de santé au Niger :**

Conformément à l'esprit de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la pauvreté (SDRP), le MSP s'est engagé dans l'approche programme afin de garantir :

- une plus grande cohérence de la politique de santé,
- une responsabilisation de l'administration nationale,
- une gestion basée sur les résultats et
- une utilisation de procédures nationales qui simplifient et clarifient la gestion de l'aide.

Cependant, tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) n'ont pas encore intégré cette approche. Ainsi, le financement de la santé se fait à travers le budget de l'Etat incluant les contributions des certains PTF et des projets à gestion directe pour lesquels les informations ne sont pas disponibles à travers la Loi des Finances.

Face à sa faible performance économique, l'Etat a développé dans le domaine de la santé un partenariat avec la population, les particuliers et les partenaires techniques et financiers afin d'assurer la pérennité des actions entreprises. Le financement du secteur repose ainsi sur plusieurs sources, internes et externes, publiques et privées.

Les sources de financement sont les entités qui fournissent les ressources au système de santé par l'intermédiaire d'autres agents. Ces ressources allouées au secteur sanitaire proviennent de trois principales sources de financement:

- les **Fonds Publics** sont composés des fonds de l'administration centrale, des collectivités locales, des emprunts et d'autres fonds publics (revenus d'actifs,...) : ces ressources budgétaires couvrent les dépenses d'investissement: constructions d'infrastructures, achats de gros matériel, contrepartie des financements extérieurs en plus des dépenses de fonctionnement de l'administration centrale, de certains programmes nationaux, et des services de santé : achat de médicaments, charges salariales, eau, électricité, carburant..., etc.
- les **Fonds Privés** sont constitués des fonds des entreprises, des ménages, des institutions à but non lucratif et d'autres fonds privés (revenus d'actifs,...) : ils concernent les constructions d'infrastructure, les dons de médicaments, les dons d'équipements, ..., etc.
- les **Fonds du Reste du Monde** sont fournis par la coopération multilatérale, bilatérale et décentralisée, fonds des ONG, fondations, firmes internationales et les Initiatives globales<sup>17</sup> : ces fonds extérieurs alloués au secteur sont sous forme d'Aide Non Remboursable (ANR) et sous forme d'Emprunts. Il faut noter que les emprunts sont limités (la partie ANR englobe 25,36% du total des financements publics à travers la Loi des Finances contre 9% pour les Emprunts en 2007). Cette aide extérieure contribue à la construction, à la réhabilitation des infrastructures, à la fourniture d'équipements, à l'assistance technique, et à la formation du personnel. Elle finance également les frais de fonctionnement des projets et programmes.

---

<sup>17</sup> Les initiatives globales sont le Fonds Mondial, GAVI,...

Les agents de financement sont les entités qui gèrent les fonds provenant des sources de financement et qui décident de leur utilisation dans le système de santé<sup>18</sup>. Ce sont :

- les agents du Secteur public englobent l'Administration Centrale (Primature, le Ministère de la santé, les Autres Ministères), les collectivités locales (Régions, Communes, Communautés rurales), l'Administration de sécurité sociale (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) ;
- les agents du Secteur privé sont constitués des assurances sociales (les mutuelles de santé et les sociétés d'assurances privées), des versements directs des ménages ; Institutions Nationales à but non lucratif et des Entreprises privées ;
- les agents du Reste du monde comprennent les coopérations multilatérale, bilatérale et décentralisée, les ONG, les fondations et les initiatives internationales.

***NB : Quelques exemples de sources et d'agents de financement***

- Lorsque l'Etat finance une collectivité locale à travers la mise en place des fonds de dotation décentralisé (FDD) dans ce cas le Ministère de l'Économie et des Finances est la source et la collectivité locale est l'agent.
- Lorsqu'une communauté rurale à partir de ces fonds propres subventionne une mutuelle de santé alors la communauté rurale est source et la mutuelle de santé est agent.
- Dans le cadre de la coopération décentralisée lorsqu'une commune reçoit des fonds d'une collectivité territoriale extérieure, cette dernière est source et la commune locale est un agent.

---

<sup>18</sup> Certaines entités peuvent être à la fois Sources et Agents de financement

**Tableau 6 : Les flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement en millions de FCFA, année 2006**

Sources	Total Fonds publics	Total Fonds privés	Total Reste du Monde	TOTAL GENERAL
<b>Agents</b>				
<b>Secteur public</b>	<b>25 607</b>	<b>765</b>	<b>34 985</b>	<b>61 357</b>
Ministère de la Santé Publique	25 095		34 823	<b>59 918</b>
Autres ministères et Institutions	480		162	<b>642</b>
Collectivités Territoriales/Locales	32			<b>32</b>
Caisse Nationale de sécurité sociale		765		<b>765</b>
<b>Secteur privé</b>	<b>0</b>	<b>51982</b>	<b>240</b>	<b>52 222</b>
Mutuelles de santé		284		<b>284</b>
Sociétés d'assurances privées		1 278		<b>1 278</b>
Versements directs des ménages		50 404		<b>50 404</b>
Institutions Nationales à but non lucratif		16	240	<b>256</b>
<b>Reste du Monde</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2553</b>	<b>2 553</b>
ONG, fondations, firmes internationales et initiatives internationales			2 553	<b>2 553</b>
<b>Dépense Nationale de Santé</b>	<b>25 607</b>	<b>52 747</b>	<b>37 778</b>	<b>116 132</b>

Source : CNS 2005-2006, Avril 2010

En 2006, la Dépense Nationale de Santé (DNS) est de 116,133 milliards de FCFA soit 232,237 millions de dollars. La Dépense Nationale de Santé par habitant est de 8 965 FCFA soit environ 17 US \$.

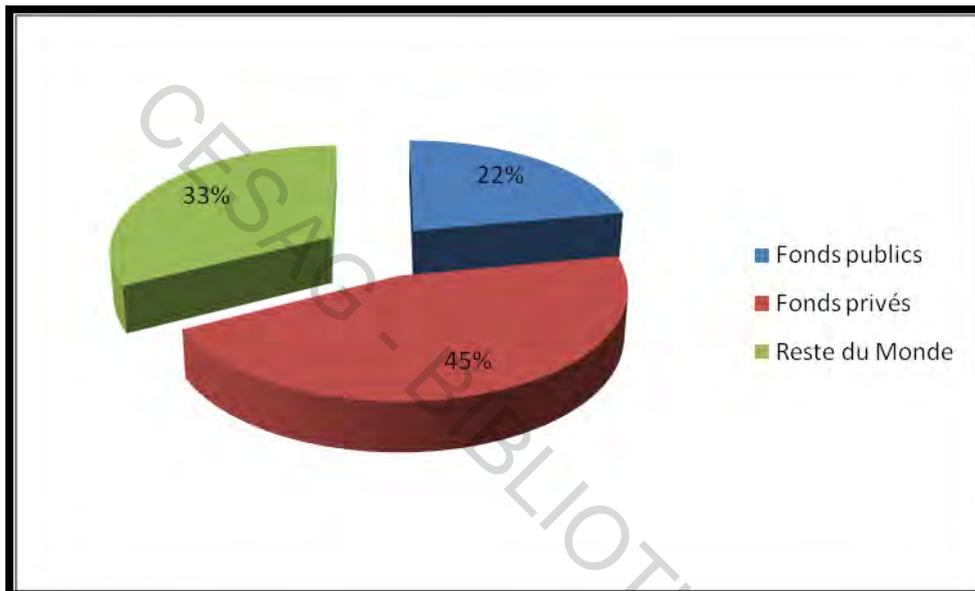
### 3.3.2 Analyse des sources de financement

Les sources de financement contribuent au financement du système de santé selon les proportions suivantes :

- Les fonds publics s'élèvent à 25,607 milliards de FCFA et sont constitués à hauteur de 79% par les fonds provenant de l'administration centrale, de 0,12% des collectivités locales et 20,88% de l'IPPTE.

- Les fonds privés s'élèvent à 52,748 milliards de FCFA répartis ainsi : 96,11% fonds des ménages, 3,86% fonds des employeurs et 0,03% fonds des autres entités ou institutions privées nationales.
- Les fonds du Reste du Monde sont de 37,778 milliards de FCFA dont 10,44% des fonds proviennent de la coopération bilatérale, 62,84% de la coopération multilatérale et 26,76% des ONGs et firmes internationales.

Figure 5 : Répartition de la Dépense Nationale de Santé par sources de financement (2006)



Source : CNS 2005-2006, Avril 2010

La première source de financement du secteur de la santé au Niger en 2006 a été les fonds privés qui représentent 45,41% de la DNS, constitués principalement des apports des ménages (43,65). En ce qui concerne les fonds publics (22,06% de la DNS), les fonds provenant des collectivités Territoriales/Locales sont très faibles (0,03%) malgré un contexte institutionnel de décentralisation où pourtant la responsabilité de la santé est partagée entre l'État et les collectivités Territoriales/Locales. Le Reste du Monde est la deuxième source de financement après les ménages, sa contribution au financement de la santé est estimée à 32,54% de la DNS.

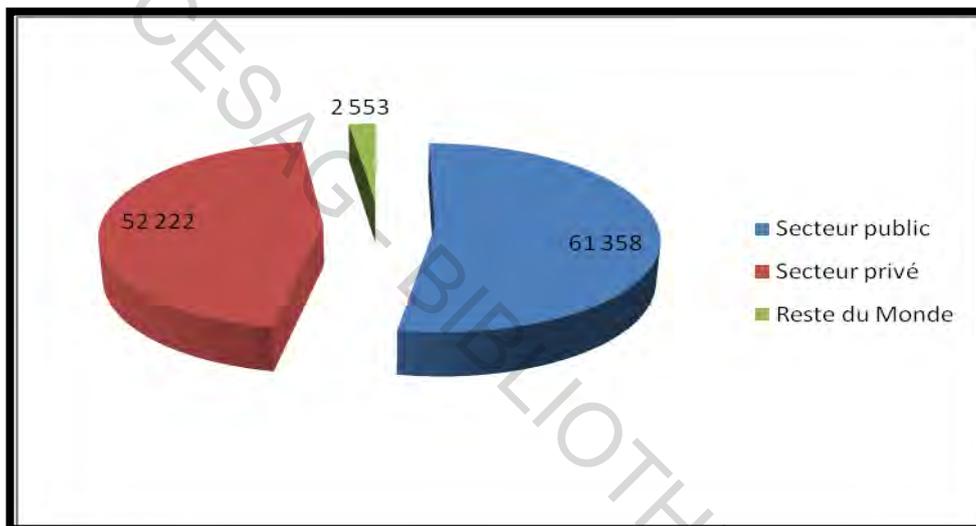
Environ le tiers du financement de la santé dépend donc de l'extérieur. Il faut noter que l'aide extérieure n'est pas toujours connue d'avance et elle ne correspond pas toujours aux priorités nationales. Cet appui du Reste du Monde pose deux problèmes :

- ✓ Il rend le système de santé très vulnérable à cause de la trop grande dépendance vis à vis de l'extérieur ;
- ✓ Il favorise l'existence de programmes verticaux entraînant une duplication des ressources financières, ce qui grève le coût de la santé au Niger.

### 3.3.3 Analyse des agents de financement

Les agents de financement sont classés en trois grandes catégories (les Secteurs public, privé et Reste du monde).

Figure 6 : La Dépense Nationale de Santé selon les agents de financement (2006)



Source : CNS 2005-2006, Avril 2010

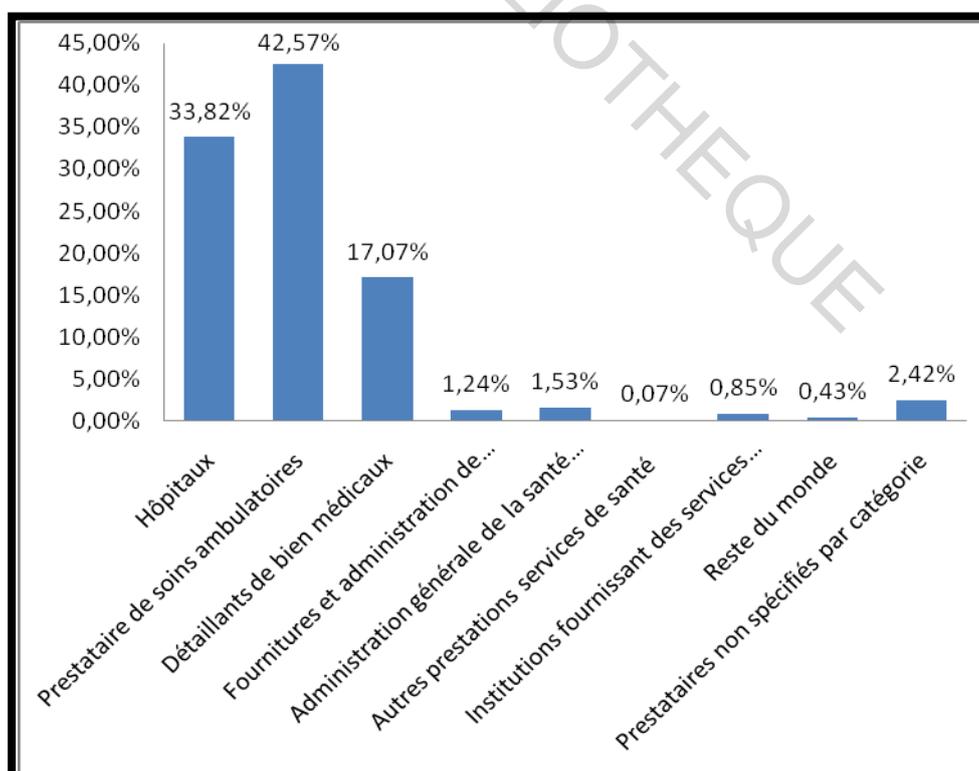
- ✚ Le secteur public gère 61,358 milliards de FCFA soit 52,83% de la Dépense Nationale de Santé dont 97,65% est géré par le Ministère de la Santé et de la Publique, 1,05% par les autres ministères, 0,05% par les Collectivités Territoriales/Locales, 3,6% et 1,25% par la CNSS.
- ✚ Le secteur privé représente 44,97% de la DNS dont 96,52% sont gérés par les ménages, 2,45% par les sociétés d'assurance privées, 0,54% par les mutuelles de santé et 0,49% par les ONGs nationales.
- ✚ Le Reste du Monde contribue à hauteur de 2,553 milliards de FCFA constitués essentiellement des fonds provenant des ONG, fondations, firmes internationales et initiatives internationales.

Les ménages constituent le deuxième agent de financement du système de santé (44,75%) et contribuent à hauteur 51,966 milliards de FCFA dont 2,99% sont constitués de cotisations à des systèmes d'assurances et 96,52% à des versements directs des ménages. Le premier agent de financement demeure le MSP qui a reçu et dépensé 59,918 milliards FCFA, financés principalement par les fonds de la Coopération internationale (45,51%) et le budget de l'État (41,88%). Enfin, le Reste du Monde ne gère que 2,20% de la DNS.

### 3.3.4 Dépense Nationale de Santé par Prestataire

L'analyse des résultats des CNS 2005-2006 révèle que plus du tiers (33,82%) de la Dépense Nationale de Santé est orienté vers les prestataires de soins hospitaliers, 42,57% vers les prestataires ambulatoires, 17,07% vers les officines ou fournisseurs des biens médicaux, 1,24% vers la fourniture et l'administration des programmes de santé publique, 1,53% vers l'administration générale de santé et de l'assurance maladie, 2,42% vers les prestataires non spécifiés et moins de 1% respectivement vers les autres prestations services de santé, les institutions fournissant des services sanitaires connexes et le reste du monde.

Figure 7 : Répartition de la Dépense Nationale de Santé entre prestataires (2006)



Source : CNS 2005-2006, Avril 2010

Les prestataires de soins hospitaliers consomment 35,761<sup>19</sup> milliards de FCFA dont plus de la moitié (57,98%) pour les hôpitaux de district. L'achat de médicaments constitue près 39% des dépenses directes des ménages. Les versements directs des ménages chez les tradipraticiens sont aussi importants que dans les hôpitaux et dépassent de loin les dépenses des ménages dans les cabinets privés et les Centres de Santé Intégrés.

**Tableau 7 : La Dépense Nationale de Santé par prestataires de soins (2006)**

Agents Prestataires	Secteur Public				Secteur Privé				Reste du Monde	TOTAL GENERAL
	Administration centrale		Collectivités Territoriales/Locales	Administrations de sécurité sociale	Mutuelles de santé	Assurances Privées	Versements directs des ménages	Institutions Nationales à but non lucratif	ONGs, fondations, firmes internationales et initiatives internationales	
Ministère de la Santé Publique	Autres ministères et Institutions									
Hôpitaux	27 964	50	6		126	426	10 704			39 276
Prestataire de soins ambulatoires	27 980	430	3	765	0		20 264			49 442
Détaillants de bien médicaux					148	244	19 436			19 828
Fournitures et administration de programme de santé publique	1281	162								1 443
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	1223				0	550				1 773
Autres prestations services de santé	77									77
Institutions fournissant des services sanitaires connexes (recherche et formation)	959		23							982
Reste du monde	434				11	58				503
Prestataires non spécifiés par catégorie								256	2 553	2 809
<b>Dépense Nationale Totale</b>	<b>59 918</b>	<b>642</b>	<b>32</b>	<b>765</b>	<b>285</b>	<b>1 278</b>	<b>50 404</b>	<b>256</b>	<b>2 553</b>	<b>116 133</b>

Source : CNS 2005-2006, Avril 2010

<sup>19</sup> CNS 2005-2006

## CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il sera question d'identifier d'abord les facteurs qui ont plus d'influence sur le budget de la santé à partir d'une analyse à composantes principales sur la base des informations collectées avant de mesurer l'impact des variables retenues sur l'accroissement des dépenses publiques de santé de 1960 à 2009.

### 4.1. Analyse à Composantes Principales

Nous avons procédé à une Analyse en Composante Principale (ACP) pour identifier les variables socio-économiques qui influencent le plus l'évolution des dépenses publiques de santé de 1960 à 2009. Les résultats se présentent comme suit :

Matrice de corrélation

	Budget Santé	Investissement Santé	Nombre de Médecins	Produit Intérieur Brut réel	Inflation	Espérance de vie	Fécondité	Mortalité
Corrélation Budget Santé	1,000	,995	,706	,335	-,134	,610	-,536	-,580
Investissement Santé	,995	1,000	,699	,338	-,135	,611	-,529	-,582
Nombre de Médecins	,706	,699	1,000	,599	-,135	,919	-,546	-,891
Produit Intérieur Brut réel	,335	,338	,599	1,000	-,140	,653	-,031	-,660
Inflation	-,134	-,135	-,135	-,140	1,000	-,221	,241	,226
Espérance de vie	,610	,611	,919	,653	-,221	1,000	-,624	-,980
Fécondité	-,536	-,529	-,546	-,031	,241	-,624	1,000	,595
Mortalité	-,580	-,582	-,891	-,660	,226	-,980	,595	1,000

Il existe une forte corrélation non seulement positive entre budget de la santé et les investissements publics de santé (0,995), entre budget de la santé et le nombre des médecins (0,706), et entre budget de la santé et l'espérance de vie à la naissance (0,610) mais aussi négative entre la mortalité et le budget de la santé (-0,580) et entre la fécondité et le budget de la santé (-0,536).

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,760
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approché	373,450
	ddl	28
	Signification	,000

Notre analyse est moyennement ( $0,7 < \text{KMO} = 0,76 < 0,8$ ) de bonne qualité quant aux informations contenues dans chaque variable

**Variance expliquée totale**

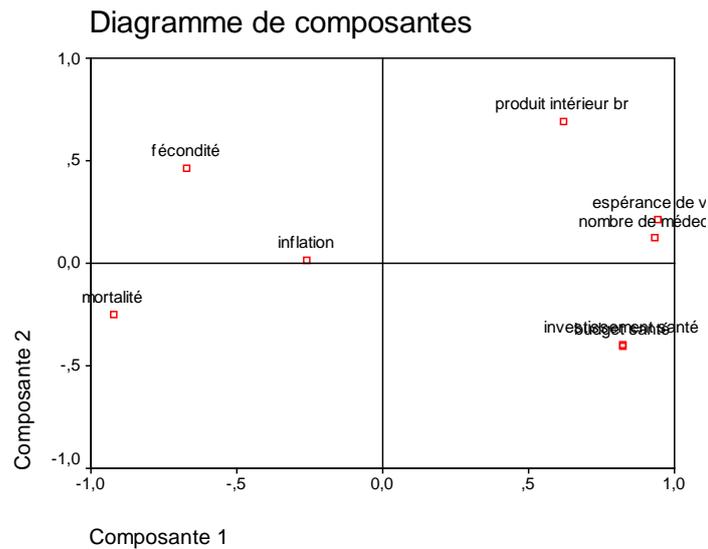
Composante	Valeurs propres initiales			Sommes des carrés chargées		
	Total	% de la variance ==	% cumulés	Total	% de la variance ==	% cumulés
1	4,874	60,920	60,920	4,874	60,920	60,920
2	1,131	14,134	75,054	1,131	14,134	75,054
3	,998	12,473	87,527			
4	,702	8,778	96,304			
5	,194	2,425	98,730			
6	8,086E-02	1,011	99,741			
7	1,569E-02	,196	99,937			
8	5,062E-03	6,328E-02	100,000			

La première composante détient 61% des informations et les deux premières composantes détiennent à elles seules 75% des informations. Donc nous pouvons représenter les données sur deux axes des deux premières composantes. En effet la qualité de la représentation explique la pertinence du KMO

**Matrice des composantes**

	Composante	
	1	2
Budget Santé	,824	-,402
Investissement Santé	,822	-,397
Nombre de Médecins	,934	,122
Produit Intérieur Brut réel	,619	,691
Inflation	-,262	1,327E-02
Espérance de vie	,943	,213
Fécondité	-,673	,461
Mortalité	-,924	-,248

La représentation graphique du budget de la santé, des investissements publics de santé, du nombre des médecins et de l'espérance de vie à la naissance est de bonne qualité. Par contre les représentations graphiques de l'inflation, de la fécondité et de la mortalité ne sont pas adéquates par rapport aux données. Nous pourrions exclure ces dernières pour une meilleure modélisation.



D'après la carte factorielle on remarque que les investissements publics de santé, le nombre des médecins, l'espérance de vie à la naissance et le PIB sont plus proches du budget santé contrairement à l'inflation, à la fécondité et à la mortalité. Par conséquent les trois premières variables expliquent le mieux l'accroissement des dépenses publiques de santé sur la période d'étude et nous pouvons les retenir comme variables explicatives pour faire la régression.

## **4.2. Déterminants des dépenses publiques de santé**

Depuis maintenant plusieurs décennies et dans la plupart des pays africains, on observe une augmentation de la part de la richesse nationale consacrée à la production de services de santé. Dès lors, il importe de se demander quels facteurs seront à l'origine des dépenses futures, compte tenu notamment de l'évolution démographique galopante au Niger.

Si le poids dans le PIB de la santé a très fortement crû depuis 50 ans, la poursuite d'une telle hausse dans les prochaines décennies peut être d'emblée tenue pour acquise. En effet, l'ampleur de ce mouvement apparaît très certaine.

D'un côté de la balance, des évolutions vont favoriser la croissance de la dépense de santé comme par le passé et joueront plus le même rôle moteur à l'avenir : la pression démographique, l'extension de la couverture sanitaire, la densité médicale ou la production pharmaceutique par exemples. Les politiques publiques de régulation et de prise en charge des patients démunis pourraient également contribuer à augmenter les ressources consacrées à la santé.

D'un autre côté, d'autres tendances lourdes devraient se maintenir ou se renforcer, en allant dans le sens d'un accroissement soutenu de la dépense. Y figure au premier rang la poursuite de l'innovation techno-médicale – plusieurs champs recèleraient des potentialités à cet égard : lutte contre les maladies endémiques, médecine génétique, nouvelles formes de prévention et de diagnostic précoce, informatisation de la médecine etc. L'examen des principaux déterminants de la dépense de santé suggère que l'innovation est un facteur décisif de croissance, une fois le système assurantiel mis en place.

### **4.2.1 Base théorique du modèle**

Nous allons chercher à mesurer le degré de relations de long terme entre les dépenses publiques de santé et des variables socio-économiques dont il semble qu'elles recouvrent aussi bien des effets d'offre, de demande de soins que d'état de santé. Certaines variables présentent toutefois une forte corrélation que nous avons déjà examinée à travers l'ACP.

Plusieurs variables indépendantes sont mises en relation pour expliquer l'évolution des dépenses publiques de santé. Ci-après les variables dépendante et explicative retenues dans notre modèle :

- a. La variable dépendante de cette étude est la **Dépenses Publiques de Santé déflatée par habitant (BS)**. Il faut signaler à ce niveau, que faute de disposer des données fiables des dépenses réelles de santé, nous nous sommes contentés des prévisions budgétaires inscrites dans les lois de finances de 1960 à 2000 que nous avons complétées par les dépenses effectives et recensées dans les états consolidés d'exécution du budget de 2001 à 2009. Ce qui pourrait surestimer le volume des dépenses sur certaines années de collecte.
- b. Les variables indépendantes retenues dans le cadre de cette étude sont :
- ❖ En général certains équipements médicaux (scanners, RMN...) et installations sanitaires entraînent systématiquement des augmentations des coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif. A défaut des dépenses en infrastructures et équipements nous avons considéré l'**Investissement Public de Santé par habitant (IPS)** déflaté par l'Indice des Prix à la Consommation de 1960 à 1993. Ces données ont été complétées par les investissements réalisés de 1994 à 2007.
  - ❖ L'augmentation du personnel médical peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associés à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses publiques de santé. Nous avons retenu à la place de la densité médicale le **nombre de médecins par an (DM)** de 1960 à 2007 avec 1963, 1995, 1997 et 1998 comme années manquantes.
  - ❖ Le PIB par tête<sup>20</sup> est un des déterminants importants de la demande des soins dans un système de santé dans la mesure où il peut accroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne. La santé n'a pas de prix, dit-on. Lorsqu'on dispose d'un revenu assez important, l'on ne peut se priver d'un service de qualité pour protéger sa vie. Pour le besoin de la régression nous avons répertorié le **PIB réel par habitant (PIB)** de 1960 à 2009.
  - ❖ Le prix à payer pour accéder aux soins de santé est un facteur qui peut guider le choix de consulter ou non un personnel soignant en cas de maladie. Une manière indirecte d'évaluer l'impact du prix des soins sur les dépenses publiques de santé

---

<sup>20</sup> La consommation d'un bien supérieur de la santé s'élève plus que proportionnellement avec le revenu (Newhouse 1977).

est de mesurer l'effet de la couverture<sup>21</sup>. Faute de disposer de l'indice de prix relatif de soins médicaux nous nous proposons de mesurer les prix de soins à travers l'**Inflation Prix à la Consommation (IPC)** qui reflète les variations du coût d'un panier de biens et services acheté par le consommateur moyen. Le contenu de ce panier peut être fixe ou être modifié à intervalles réguliers notamment chaque année.

- ❖ Le facteur primordial de la demande de soins est la démographie mesurée ici par l'**Indice Synthétique de Fécondité (ISF)**, puisque le Niger est l'un des pays dont l'ISF reste très élevé, de l'ordre de 7.1 enfants/femme (EDSN III 2006), constituant une préoccupation majeure pour la santé aussi bien des femmes que des enfants. Il induit un taux d'accroissement démographique de 3.3%/an, un des plus élevés du monde, avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant de ce fait la paupérisation du pays. Néanmoins, la taille de la population n'est toute fois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé.
- ❖ La consommation des biens de santé n'est toujours pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. En effet, l'**espérance de vie (ES)** conduit à repousser dans le temps les coûts médicaux souvent élevés précédant le décès. Par ailleurs, il faut noter que la liaison entre dépense de santé et vieillissement est complexe car à double sens (si l'espérance de vie augmente, c'est notamment du fait d'une dépense de santé plus élevée).
- ❖ L'évolution de l'état sanitaire de la population façonne les besoins et donc la demande en matière de soins. La demande de soins est donc fonction de la morbidité et de la mortalité mesurée par **Taux Brut de Mortalité (TBM)**. Des gains en bien-être liés à l'accroissement de la longévité et à l'amélioration de la qualité de la vie sont obtenus en contrepartie des dépenses de santé.

Par ailleurs l'évolution des dépenses de santé peut schématiquement être expliquée en faisant une analyse rétrospective des dépenses publiques de santé notamment par des facteurs de demande (comportement des malades), par des facteurs d'offre (comportement des prestataires) et par des facteurs liés à l'état de santé même si cette distinction est parfois arbitraire.

---

<sup>21</sup> Une augmentation de la prise en charge médicale dans un système sanitaire, à prix donné conduit à un accroissement des dépenses publiques de santé

Le modèle retenu vise à expliquer le Budget de la Santé déflaté par habitant avec toutes les variables exogènes liées à l'offre, à la demande de soins et à l'état de santé pour identifier celles qui influencent le plus la variable endogène (BS). Le modèle avec les variables retenues se présente comme suit :

$$BS = \alpha_0 + \alpha_1 DM + \alpha_2 IPS + \beta_1 PIB + \beta_2 IPC + \lambda_1 ES + \lambda_2 ISF + \lambda_3 TBM + \epsilon$$

Avec BS : Budget Santé, DM : Nombre de médecins, IPS : Investissement Public de Santé, PIB : Produit Intérieur Brut, IPC : Indice Prix à la Consommation, ISF : Indice Synthétique de Fécondité et TBM : Taux Brut de Mortalité.

#### 4.2.2 Résultats de l'estimation du modèle et interprétations

D'après les résultats d'estimations obtenues à partir du logiciel EVIEWS 5.0 concernant les déterminants des prévisions budgétaires des ressources consacrées à la santé au Niger, nous pouvons déduire les valeurs des paramètres estimés comme suit :  $\alpha_0 = 26169.69$ ,  $\alpha_1 = 10.79113$ ,  $\alpha_2 = 0.136965$ ,  $\beta_1 = 0.005241$ ,  $\beta_2 = -0.862591$ ,  $\lambda_1 = -349.3544$ ,  $\lambda_2 = -1708.122$ , et  $\lambda_3 = -23.62655$ .

Donc la droite de régression s'écrit sous la forme suivante:

$$BS = 26169,69 + 10,79DM + 0,13IPS + 0,005PIB - 0,86IPC - 349,35ES - 1708,12ISF - 23,63TBM$$

$(0,82) \quad (1,47) \quad (33,76) \quad (0,48) \quad (-0,03) \quad (-0,78) \quad (-1,02) \quad (-0,06)$

$R^2=0,99 \quad R^2 \text{ ajusté}=0,98 \quad F=383$

Dans l'ensemble, on peut dire le modèle est satisfaisant ( $R^2$  ajusté=0,987469) sous réserves d'autres considérations, en premier lieu la stationnarité des variables ainsi que des tests d'autocorrélation, de multicolinéarité et d'hétéroscédasticité qui pourraient être menés pour une meilleure validation des résultats du modèle économétrique.

Toutefois, les résultats d'estimation permettent de comprendre que toutes les variables n'influencent pas nécessairement dans l'évolution des dépenses publiques de santé. A première vue, les estimations soutiennent que seules les variables liées à l'offre des soins (DM et IPS) ont un impact positif, et significatif pour l'IPS, sur l'accroissement des ressources consacrées à la santé sur la période d'étude. Aussi, ces résultats montrent que les

variables liées la demande de soins et à l'état de santé ont un impact négatif à ne pas négliger malgré qu'elles ne sont pas toutes significatives.

En effet, l'inflation n'est pas significativement différent de zéro. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre modèle, nous n'avons tenu compte que de l'indice de prix à la consommation<sup>22</sup> en lieu et place du prix relatif des soins.

Le revenu par tête, bien que présentant un signe positif, ne semble pas être très significatif pour expliquer l'évolution des dépenses publiques de santé dans ce modèle.

Une augmentation d'une unité du Taux de fécondité, de l'espérance de vie combinée avec un faible taux de mortalité entraîne respectivement une réduction du budget santé par tête de 1708 et 349 FCFA. En effet une augmentation du nombre d'enfants par femme en âge de procréer associée à un vieillissement de la population, toutes choses étant égales par ailleurs, accroît la population réduisant ainsi la part du PIB/hbt qui sera consacrée à la santé.

Une augmentation d'une unité du nombre de médecins entraînerait une hausse des dépenses publiques par habitant de 11 FCFA : c'est l'effet de la **demande induite ou des besoins pas encore satisfaits**.

Dans les années 60, beaucoup des pays asiatiques avaient des indicateurs démographiques voisins de ceux qu'on observe actuellement en Afrique subsaharienne. Le produit intérieur brut (PIB) par tête y était très bas pendant que la fécondité et la croissance de la population y étaient élevées. Cependant, au cours des décennies qui ont suivi, plusieurs pays de l'Asie de l'Est ont réalisé un décollage économique fulgurant. Il faut souligner que chacun de ces pays a expérimenté une transition démographique par des taux de fécondité élevés vers des taux de fécondité bas.

D'une manière générale, une faible croissance de la population a favorisé une croissance économique de beaucoup de pays en développement. Les taux de croissance démographique élevés de la population des pays africains n'ont pas contribué à l'éradication de la pauvreté dans ces pays où la fécondité demeure très élevée : cas du Niger.

---

<sup>22</sup> C'est la consommation individuelle regroupant tous les biens et services (dits «individuels») acquis par les ménages (par opposition aux acquisitions gouvernementales) dans le but de satisfaire les besoins des membres du ménage.

Sur ce, afin d'accroître le PIB du Niger, la santé de la reproduction serait l'une des stratégies prépondérantes. Cette stratégie permettra d'une part, la réduction des taux de natalité, de fécondité, de mortalité tant maternelle qu'infantile et d'autre part, d'amoindrir la contribution des ménages à la Dépenses Nationale de Santé.

#### **4.2.3 Discussions**

Les résultats présentés ci-dessus sont cohérents avec l'hypothèse **H1** selon laquelle l'évolution des dépenses publiques de santé au Niger dépend plus des facteurs de l'offre que ceux de la demande des soins. Ceci corrobore également avec ce qui a été relevé au tableau N°6 qui montre que le premier agent de financement demeure le MSP qui a reçu et dépensé 59,918 milliards FCFA en 2006. En effet, ces dépenses ont couvert principalement les constructions et réhabilitations ainsi que l'achat des médicaments et les charges salariales pour des raisons essentielles de relever le plateau technique. Du coup le progrès médical s'en est suivi dans les hôpitaux.

Les nouvelles infrastructures et équipements médicaux ainsi que le nombre de médecins ont eu un impact important du côté de l'offre. On peut arguer que l'apparition de nouvelles technologies ont non seulement permis de soigner des pathologies auparavant non traitées (effet d'offre), mais également modifié les pratiques des professionnels de santé (demande induite). En effet, l'existence d'asymétries d'information entre le prestataire de soins et le patient donne la possibilité au praticien d'influer sur la demande du patient (puisque ce dernier n'est pas toujours à même de juger de la pertinence du traitement qui lui est prescrit).

L'accroissement du nombre de médecins est un phénomène ambigu : il peut certes n'être que la réponse à une demande croissante de la part des patients ou à des effets de structure démographique (fort poids des personnes âgées ou population très jeune comme le cas du Niger). Toutefois, de nombreux travaux<sup>23</sup> soulignent également que les médecins ont la possibilité d'induire au moins partiellement la demande de leurs patients, afin par exemple d'augmenter le volume de leurs actes s'ils sont confrontés à une baisse de leurs honoraires. C'est donc le progrès technique médical qui est à l'origine de cette évolution : il fait apparaître continuellement de nouveaux produits et de nouvelles procédures dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé.

---

<sup>23</sup> Rochaix, 1993

Ces dépenses sont-elles justifiées ? Doivent-elles continuer à progresser ? Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en croissance annuelle moyenne, les gains en bien-être obtenus en contrepartie des dépenses semblent gigantesques. Pour les taux de fécondité et de mortalité ainsi que l'espérance de vie au Niger, on trouve respectivement un gain annuel moyen égal à 0,19%, 1,16% et 1,11%. Un tel résultat suggère que dépenser encore plus pour la santé répondrait aux préférences collectives et à l'accélération de l'atteinte des OMD.

Certes, la croissance des dépenses de santé ne relève pas de déterminants exogènes, mais il convient de reprendre la main. Il faut éviter les gaspillages de ressources et adopter des orientations conformes aux préférences collectives.

Améliorer l'organisation des arbitrages est aussi crucial pour maîtriser les évolutions à venir. Actuellement, la progression des dépenses découle des décisions décentralisées des acteurs sans véritable pilotage du système.

Il est donc impératif de favoriser d'autres instances pouvant intervenir sur les arbitrages en matière de dépenses de santé. Concernant le progrès médical, en effet, l'avenir est à la fois radieux et orageux. De très nombreuses innovations sont anticipées pour les proches décennies, toutes aussi efficaces pour les soins qu'elles seront coûteuses pour la communauté dès lors qu'elles seraient intégrées au panier de soins hospitaliers qui capent l'essentiel de la DNS.

Plus généralement, il est possible que les gains de longévité observés depuis 1960 ne soient qu'un commencement. Nous sommes peut-être au seuil d'une période où des progrès médicaux décisifs peuvent résulter de l'accroissement de l'effort en matière de dépenses de santé. Pour qu'une telle évolution soit possible, il faut accepter collectivement l'idée que cette croissance des dépenses peut être conforme à un optimum. Pour légitimer une telle perspective, des instances doivent être mises en place pour en questionner la pertinence. Un travail d'appropriation collective doit être fourni pour fonder l'adhésion des citoyens.

Avec cet opusculé, nous espérons ouvrir le débat. Les résultats présentés dans cette étude montrent que la croissance des dépenses de santé va spontanément se poursuivre. En effet, les facteurs explicatifs tels que non seulement le revenu par tête mais aussi les facteurs démographiques et le progrès technique tirent la tendance des dépenses à la hausse, même si

la structure d'âge de la population nigérienne (pyramide d'âge à base élargie) ne conduira pas en elle-même à une explosion des dépenses.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

L'analyse des déterminants des dépenses de santé, à la suite des travaux de Newhouse (1973), s'est longtemps focalisée prioritairement sur les aspects de demande. Toutefois, la priorité est aujourd'hui à l'analyse des facteurs d'offre (organisation des systèmes de santé, modes d'intégration des nouvelles technologies médicales, impact de l'induction de la demande), qui fait l'objet de notre étude basée sur des données macroéconomiques.

Depuis la profonde crise économique et financière du début des années 1980 due à la chute de la demande et du cours de l'uranium, le Niger a élaboré plusieurs programmes de stabilisation et d'ajustement de son Economie. Cette situation va amener les gouvernements successifs à donner une plus grande priorité aux actions d'assainissement des finances publiques, et notamment aux actions relatives à la maîtrise des dépenses publiques et à la mobilisation des ressources internes.

Ainsi, plusieurs réformes économiques ont concerné le financement du secteur de la santé. La stratégie mise en place est le partenariat entre l'Etat, les populations, les particuliers et les partenaires au développement afin d'accroître les ressources consacrés au secteur et assurer la pérennité des actions. Toutefois, les possibilités de contenir les dépenses publiques pour la santé en tentant de prévoir leur progression future demeurent incertaines. D'où l'objectif de cette recherche qui était d'identifier « *les déterminants dépenses publiques de santé : cas du Niger de 1960 à 200* ».

Avant d'estimer les déterminants des dépenses publiques de santé, il était impérieux non seulement de présenter le système de santé à travers son organisation et l'évolution des principaux indicateurs sanitaires mais aussi d'analyser le profil macroéconomique du pays sur la période d'étude ainsi que le dispositif de financement des soins au Niger.

En 2006, la première source de financement du secteur de la santé au Niger a été les fonds privés qui représentent 45,41% de la DNS, constitués principalement des apports des ménages (43,65). En plus, les versements directs des ménages chez les tradipraticiens étaient aussi importants que dans les hôpitaux et dépassent de loin les dépenses des ménages dans les cabinets privés et les Centres de Santé Intégrés. Le secteur public demeure l'agent qui a financé la grande partie des ressources mises à la disposition des prestataires de soins pour

leurs activités grâce aux fonds de la Coopération internationale (45,51%) et au budget de l'État (41,88).

Notre étude a révélé que seules les variables liées à l'offre des soins (DM et IPS) ont un impact positif, et significatif pour l'IPS, sur l'accroissement des ressources consacrées à la santé sur la période d'étude. Aussi, ces résultats montrent que les variables liées la demande de soins et à l'état de santé ont un impact négatifs à ne pas négliger malgré qu'elles ne sont pas toutes significatives. Le revenu par tête, bien que présentant un signe positif, ne semblait pas être très significatif pour expliquer l'évolution des dépenses publiques de santé dans ce modèle.

Il s'agit donc là des facteurs sur lesquels une intervention s'avère plus impérieuse si on veut maîtriser la mobilisation des ressources internes de l'Etat et l'accroissement des dépenses publiques de santé.

Cependant, les résultats de notre estimation sont cohérents avec l'hypothèse **H1** selon laquelle l'évolution des dépenses publiques de santé au Niger dépend plus des facteurs de l'offre que ceux de la demande de soins. On peut arguer que l'apparition de nouvelles technologies ont non seulement permis de soigner des pathologies auparavant non traitées (effet d'offre), mais également modifié les pratiques des professionnels de santé (demande induite).

En somme, le développement de l'offre de soins durant ces 50 dernières années combiné à des besoins non satisfaits a engendré une demande induite, qui associée à la faible sensibilité des patients aux prix, a alors contribué à la hausse des dépenses publiques de santé. Devons-nous tenir cette conclusion pour acquise ? Les études sur la question de la part optimale des dépenses de santé restent encore rares. Bien qu'elles fassent déjà appel à une modélisation complexe, elles ne formalisent pas certains éléments importants des mécanismes économiques.

Notre étude empirique relative aux divers déterminants des dépenses publiques de santé se heurte à plusieurs limites méthodologiques :

- la difficulté à quantifier certains facteurs (les dépenses publiques réellement exécutées, la DNS sur toute la période d'étude) ;

- la présence de liaisons significatives entre les différents facteurs (techniquement, présence de multi-colinéarité), qui rend difficile de départager l'importance précise de chacun d'eux ;
- l'existence possible d'une causalité à double sens, entre la variable à expliquer (la dépense publique de santé par tête par exemple) et les déterminants retenus (la démographie par exemple) ;

Ce qui nous amène à suggérer aux différents décideurs et acteurs sanitaires à différents niveaux ce qui suit:

- ☞ Augmenter le budget alloué au secteur santé et la subvention accordée aux des établissements des soins hospitaliers par l'Etat et ses partenaires pour réduire les coûts de production des biens et services médicaux et ainsi minimiser les risques d'exclusion financières et paupérisation des populations nigériennes.
- ☞ Prioriser les actions de la santé de la reproduction afin d'accroître le PIB. Cette stratégie permettra d'une part, la réduction des taux de natalité, de fécondité, de mortalité tant maternelle qu'infantile et d'autre part, d'amoindrir la contribution des ménages à la Dépenses Nationale de Santé.
- ☞ Stimuler la demande des services de santé en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par les structures de santé et en accorder plus d'importance aux facteurs qui améliorent la qualité<sup>24</sup> des services dans les structures de santé. Ceci pour réduire la part des versements directs des ménages affectée à la médecine traditionnelle.
- ☞ Dans la mesure du possible, compléter cette étude en intégrant d'autres éléments (variables qualitatives et comportementales) qui n'ont pas été pris en compte ici.

La mise en place de ces recommandations exige une collaboration intersectorielle entre les différents acteurs de la vie nationale. Etant dans un objectif de réduction de la pauvreté et de l'atteinte des objectifs du millénaire, une vision commune sur l'application de celles - ci permettra d'améliorer tant soit peu l'état de santé de nos populations et ainsi aller vers le développement économique auquel aspire le Niger.

---

<sup>24</sup> Une attention particulière devra être portée sur les meilleurs soins, la compétence du personnel, la notoriété, les équipements et l'accueil des malades.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ❖ Acemoglu, DARON and Simon JOHNSON. 2007. **Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth**. Journal of Political Economy, vol. 115, no. 6, pp.925-985.
- ❖ Arnaud BILEK, « **Economie politique des déterminants des dépenses publiques d'éducation analyses théoriques et empiriques appliquées au cas français** » Thèse, décembre 2006
- ❖ Becker Gary S. (1964). **Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education**, Chicago: University of Chicago Press, 1964.
- ❖ Bloom, David E. & Freeman, Richard B., 1988. "**Economic development and the timing and components of population growth**", Journal of Policy Modeling, Elsevier, vol. 10(1), pages 57-81, April.
- ❖ Brander, J.A. and Dowrick S.. 1994. "**The Role of Fertility and Population in Economic Growth: Empirical Results from Aggregate Cross-National Data.**" Journal of Population Economics 7:1-25.
- ❖ Brigitte DORMONT, « **Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?** », collection du C E P R EMAP éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, 2009, 45, rue d'Ulm – 75230 Paris cedex 05
- ❖ Catherine BAC CEPII (2004), « **Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés** » Version 6 juillet,
- ❖ El hadji GUEYE, « **économétrie** », Module, CESAG-Dakar, avril 2010
- ❖ Galor O., Zang H. (1997), "**Fertility, income distribution, and economic growth: Theory and cross country evidence**", Japan and the World Economy, 9(1997), 197-229.
- ❖ GERDTHAM U.G., JÖNSSON B. (1991), **Price and quantity in international comparisons of health care expenditure**. Applied Economics n°23, pp 1519-1528.
- ❖ GERDTHAM U.G., SIÖGAARD J., ANDERSSON F. (1992), **An econometric analysis of health care expenditures: a cross-section study of the OECD-countries**. Journal of Health Economics n°11, pp 63-84.
- ❖ GERDTHAM U.G., JÖNSSON B., MACFARLAN M., OXLEY H. (1995), **Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis**. OECD, New

directions in health care policies: improving cost control and effectiveness. OECD, Paris.

- ❖ HOURRIEZ J.M. (1992), **Les évolutions de la demande des ménages : facteurs économiques et démographiques**, INSEE, Division Conditions de vie des ménages, mai.
- ❖ Joaquim Oliveira MARTINS et Christine DE LA MAISONNEUVE, «**Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée**», Revue économique de l'OCDE, n° 43, 2006/2
- ❖ *Keho YAYA*, «**Dépenses publiques et croissance économique en cote d'ivoire : une approche en terme de causalité**» Cellule d'Analyse de Politiques Economiques du CIRES, *Année de publication : Novembre 2008*
- ❖ Koffi POKOU, «**Analyse économétrique de la demande des traits caractéristiques des produits de manioc en milieux urbains de Côte d'Ivoire : cas de l'attiéké1**», Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales (CIRES), Université d'Abidjan-Cocody, Juin 2006
- ❖ L'HORTY Y., QUINET A., RUPPRECHT F. (1997), **Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique**. Economie et Prévision n°129-130.
- ❖ Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT, Jean-François BRUN, Céline CARRERE, «**Dette extérieure et situation socio-politique : quel rôle dans les dépenses publiques de santé dans les pays en développement ?**» CERDI, *Etudes et Documents*, E 2002.20
- ❖ Mathieu VUILLEUMIER, Sonia PELLEGRINI, Claudé JEANRENAUD, «**Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030**» Office fédéral de la statistique (OFS), Institut de recherches économiques (Irene), Université de Neuchâtel, 2007
- ❖ *Michel HUSSON*, «**La santé, un bien supérieur ?**» *Chronique Internationale de l'IRES - n° 91 - novembre 2004*
- ❖ Ministère de l'Economie et des Finances, **Rapport définitif de l'enquête EDSN/MICS III 2006**
- ❖ Ministère de la Santé Publique, **Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme CDSMT 2008-2010**, mars 2008
- ❖ Ministère de la Santé Publique, **Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme CDSMT 2011-2015**, Rapport provisoire, octobre 2010

- ❖ Ministère de la Santé Publique, « **Comptes nationaux de la Santé** », exercice 2004, 2005-2006
- ❖ Ministère de la Santé Publique, « **Evaluation des mécanismes de financement du système de santé au Niger** », Rapport provision juin 2010
- ❖ Ministère de la Santé Publique, « **Plan de Développement Sanitaire 1994-2000** », mars 1994, « **Plan de Développement Sanitaire 2005-2010** », février 2005, « **Plan de Développement Sanitaire 2011-2015** », octobre 2010
- ❖ Ministère de la Santé Publique, « **Revue des Dépenses Publiques, Secteur Santé** », exercices 1998-1999, 2000-2001-2002, 2004, 2005, 2006, 2007
- ❖ Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, « **Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970** » *Catherine BAC et Gérard CORNILLEAU*, DREES, N° 175 • juin 2002
- ❖ MURILLO C., PIATECKI C., SAEZ M.(1993), **Health care expenditure and income in Europe**. Health Economics, vol. 2, pp 127-128.
- ❖ Mushagalusa SALONGO, « **Etude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de sante de kadutu/ province du sud – kivu** » Mémoire, Décembre 2005
- ❖ NEWHOUSE J.-P. (1977), **Medical care expenditure: a cross-national survey**. Journal of Human Resources, vol. 12, pp 115-125.
- ❖ PARKIN D., MCGUIRE A., YULE B. (1987), **Aggregate health care expenditures and national income: is health care a luxury good?**.Journal of Health Economics n°6, pp109-126. OCDE (1995), **Nouvelles orientations dans la politique de santé**, Etudes de politique de santé n°7, Paris.
- ❖ Ronan MAHIEU, « **Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique** » *INSEE*, JANVIER 2000
- ❖ Schultz T.W. (1963) **The Economic Value of Education**, New-York: Columbia University Press.
- ❖ Tchabouré Aimé GOGUE, « **Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo** » Article : Nouvelles pratiques sociales, vol. 10, n° 1, 1997, p. 163-179. Euridit 1997
- ❖ Valérie ALBOUY, Emmanuel BRETIN, Nicolas CARNOT, Muriel DEPREZ, « **Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement a l'horizon 2050** », DGTPE Numéro 2009/11 - Juillet 2009



## **ANNEXE I : Définition des principaux concepts**

### **Agents de financement**

Entités qui reçoivent des fonds des sources de financement et les utilisent pour payer les services, les produits (médicaments) et les activités de santé.

### **Agent économique**

Désigne les personnes physiques ou morales qui participent à l'activité économique.

### **Budget de la santé**

Inscrit dans le projet de loi de finances, il est parmi les plus faibles des budgets de l'État. Il détermine l'enveloppe des crédits mise à la disposition des administrations dépendant directement du ministère de la santé : direction générale de la santé et direction des hôpitaux en particulier.

### **Budget de l'état**

C'est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles de l'État. Ensemble des comptes qui décrivent pour une année civile toutes les ressources et toutes les charges de l'État.

### **Demande de soins**

Le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non.

### **Dépenses courantes de santé**

Somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé (Sécurité Sociale, État, Collectivités locales, Organismes de protection complémentaire - Mutuelles, Sociétés d'assurances, Institutions de prévoyance, Ménages).

### **Dépense nationale de santé**

Dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

### **Dépenses publiques de santé**

Dépenses destinées aux activités de santé dont les fonds proviennent de l'Etat ou d'autres institutions étatiques.

### **Econométrie**

Méthode d'analyse mathématique des données statistiques économiques permettant de dégager des lois et des relations entre des valeurs appartenant au domaine économique.

### **Elasticité**

L'élasticité se définit comme un rapport existant entre les variations absolues ou relatives de deux phénomènes économiques. L'élasticité de la demande par rapport aux prix (ou élasticité directe) exprime la réaction de la demande aux variations de prix. Elle se définit comme le rapport entre le pourcentage de variation de la quantité demandée et le pourcentage de variation de prix.

### **Espérance de vie à la naissance**

Il s'agit du nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre à partir de sa naissance dans un pays donné. Cette donnée exige que les conditions (socio-médicales) prévalant à leur naissance demeurent les mêmes tout au long de leur vie.

### **Indice des Prix à la Consommation (IPC)**

C'est une mesure permettant de suivre dans le temps l'évolution des prix des biens et services couramment utilisées ou consommées. Ces produits incluent les aliments, le logement, les meubles, l'habillement, les transports les loisirs et bien sûr la santé. L'année de référence utilisée est 1996; l'indice a alors la valeur 100. Une augmentation de cet indice est désignée par le terme inflation et une diminution par le terme déflation. Le taux d'inflation constitue donc la variation positive de l'IPC.

### **Inflation**

Etat de déséquilibre d'une économie caractérisé par une augmentation des coûts et des prix. De nombreuses causes, qui peuvent être combinées entre elles en sont responsables : hausse des coûts, diminution de la productivité, inadéquation entre l'offre et la demande, politique budgétaire entraînant des déficits importants.

### **Prestataires de soins**

Ce sont les utilisateurs des fonds du système de santé. Ils sont les entités qui fournissent les services de santé. Les hôpitaux publics et privés, les cliniques et les dispensaires en sont des exemples.

### **Produit Intérieur Brut (PIB)**

Au sens du Revenu, c'est la somme de la valeur ajoutée brute de tous les producteurs résidents d'une économie plus toutes taxes sur les produits et moins les subventions non incluses dans la valeur des produits. Il illustre l'importance de l'activité économique d'un pays ou encore la grandeur de sa richesse générée.

### **Offre de soins**

C'est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé.

### **Sources de financement**

Ce sont des entités qui fournissent les fonds pour les soins de santé aux agents de financement.

### **Taux Brut de Mortalité**

Il indique le nombre de décès enregistrés au cours d'une année pour 1000 personnes et est estimé en milieu d'année.

### **Taux de fécondité**

Le taux de fécondité (aussi appelé Indice synthétique de fécondité) est le nombre moyen d'enfants nés vivants d'une femme en fin de vie féconde (49 ans).

### **Variables dépendante, expliquée ou endogène**

Les variables dépendantes sont des facteurs permettant de mesurer la dimension et l'ampleur du problème étudié de même que les modifications qu'il subit. Les coûts unitaires représentant ma variable dépendante et constituent le fondement de notre étude.

### **Variables indépendantes, explicatives ou exogènes**

Les variables indépendantes sont les facteurs mesurables dont on suppose qu'ils causent ou influencent un problème avéré.

ANNEXE II : Indicateurs macroéconomiques et de développement du Niger (1960-2009)

	Budget Santé (BS) en milliers de FCFA	Budget Etat (BE) en milliers de FCFA	Investissement Public en Santé (IPS) en milliers de FCFA	Nombre de Médecins (DM)	PIB réel en milliers de FCFA	PIB réel par habitant	Inflation, déflateur du PIB (variation annuelle en %)	Inflation, prix à la consommation (% annuel)	Population (POP)	Espérance de vie à la naissance, total (années)	Fécondité (FEC)	Mortalité (MOR)
1 960	503 000	5 333 000	212	33	62 911 000	19 407,40			3 241 599	37,00	6,50	27,00
1 961		6 129 955		44	76 796 000	23 010,33	3,39		3 337 457	37,57	7,21	26,52
1 962		7 000 020		44	80 547 000	23 427,05	-0,84		3 438 205	37,62	7,26	26,64
1 963	637 819	7 127 310			84 776 000	23 924,36	0,76		3 543 501	37,67	7,31	26,75
1 964	559 101	6 522 000		50	87 828 000	24 044,32	-0,72	1,00	3 652 755	37,72	7,36	26,83
1 965	468 080	6 398 350	159	44	98 066 000	26 043,10	8,08	4,37	3 765 527	37,78	7,41	26,88
1 966	479 510	7 826 980	181	61	127 006 000	32 717,77	4,96	10,57	3 881 866	37,84	7,46	26,90
1 967	597 150	9 265 200	262	69	129 089 000	32 256,62	-5,22	0,43	4 001 938	37,90	7,50	26,89
1 968	652 855	9 500 100	288	71	126 346 000	30 625,08	-3,42	-2,92	4 125 573	37,97	7,55	26,85
1 969	715 705	9 953 587	324	59	129 375 000	30 422,82	8,44	10,65	4 252 565	38,04	7,59	26,79
1 970	874 665	10 806 105	442	69	128 371 000	29 289,59	7,14	1,12	4 382 820	38,13	7,63	26,71
1 971	898 090	10 935 520	452	69	130 152 000	28 819,52	0,60	4,19	4 516 106	38,22	7,68	26,62
1 972	950 205	11 886 400		97	131 424 000	28 247,52	3,36	9,75	4 652 585	38,32	7,73	26,52
1 973	1 016 865	13 098 145	497	109	132 697 000	27 685,38	35,84	11,79	4 793 035	38,43	7,78	26,42

*Déterminants des dépenses publiques de santé: cas du Niger 1960-2009*

1 974	1 116 475	14 267 610	539	117	127 480 000	25 813,42	7,65	3,40	4 938 517	38,55	7,83	26,32
1 975	1 140 670	15 315 875	653	121	229 456 000	45 082,15	-6,39	9,12	5 089 731	38,68	7,89	26,21
1 976	1 665 470	24 310 600	948	105	302 669 000	57 681,38	12,42	23,53	5 247 257	38,81	7,93	26,11
1 977	1 882 430	34 175 125	812	111	415 180 000	76 732,42	15,75	23,25	5 410 751	38,95	7,98	25,00
1 978	2 206 635	43 404 000	1 134	118	450 072 000	80 674,23	11,21	10,09	5 578 882	39,10	8,01	25,88
1 979	5 782 975	56 747 255	1 471	121	511 232 000	88 913,50	4,59	7,27	5 749 768	39,25	8,04	25,76
1 980	3 994 805	72 145 733	1 669	160	536 228 000	90 545,73	20,82	10,31	5 922 179	39,41	8,05	25,63
1 981	3 444 500	80 624 475	1 740	147	697 802 000	114 468,06	10,63	22,91	6 096 041	39,58	8,06	25,49
1 982	3 805 105	93 853 819	1 873	147	833 354 000	132 863,50	10,60	11,64	6 272 257	39,75	8,06	25,34
1 983	4 361 995	81 268 510	2 039	147	948 839 000	147 064,85	8,80	-2,49	6 451 841	39,93	8,05	25,17
1 984	4 451 030	80 234 985	2 046	147	928 976 000	139 985,40	11,72	8,36	6 636 235	40,12	8,04	25,00
1 985	4 828 170	85 969 085	2 341	157	101 083 000	14 806,85	-5,90	-0,92	6 826 772	40,33	8,02	24,81
1 986	5 071 110	87 930 385	2 457	152	830 081 000	118 180,39	-4,21	-3,21	7 023 847	40,55	7,99	24,60
1 987	5 544 205	105 573 435	2 544	93	685 231 000	94 801,08	1,70	-6,71	7 228 093	40,78	7,96	24,38
1 988	5 895 380	117 309 150	2 701	129	872 929 000	117 306,82	-5,32	-1,39	7 441 417	41,03	7,93	20,00
1 989	6 260 553	114 309 000	2 668	140	876 608 000	114 348,43	1,42	-2,84	7 666 113	41,31	7,90	23,86
1 990	7 728 674	115 176 000	2 761	83	879 390 000	111 259,64	-1,60	-0,78	7 903 944	41,60	7,87	23,57
1 991	6 487 425	106 076 000	1 968	124	929 213 000	113 931,19	-5,14	-7,80	8 155 914	41,93	7,84	23,25
1 992	6 541 885	106 824 860	2 567	108	914 917 000	108 632,50	1,10	-4,48	8 422 130	42,27	7,40	22,90

*Déterminants des dépenses publiques de santé: cas du Niger 1960-2009*

1 993	7 765 654	108 030 827		135	910 717 000	104 652,36	-0,14	-1,22	8 702 307	42,65	7,77	22,53
1 994	7 153 769	108 345 000	16 524	139	829 915 000	92 256,77	32,71	36,04	8 995 708	43,05	7,74	22,13
1 995	10 089 522	163 743 000	8 868		834 588 000	89 723,03	5,42	10,56	9 301 826	43,50	7,70	21,70
1 996	9 801 217	173 922 000	7 775	135	868 041 000	90 215,89	4,73	5,29	9 621 819	43,99	7,67	21,22
1 997	9 421 972	193 982 000	11 129		883 730 000	88 760,34	3,10	2,93	9 956 361	44,53	7,63	20,69
1 998	10 022 589	204 013 000	14 293		882 988 000	85 694,07	3,00	4,55	10 303 957	45,12	7,50	20,13
1 999	11 993 460	233 836 000	16 741	274	818 554 000	76 769,51	2,00	-2,30	10 662 488	45,74	7,54	19,54
2 000	10 648 444	200 423 000		317	830 135 000	75 254,42	4,52	2,90	11 031 046	46,40	7,50	18,93
2 001		231 033 000	16 714	324	1 329 400 000	116 527,93	3,98	4,01	11 408 424	56,90	7,45	16,80
2 002			15 989	291	1 439 500 000	122 023,99	3,00	2,63	11 796 861	47,74	7,41	17,74
2 003	35 020 000	399 103 000	33 789	289	1 534 300 000	125 730,80	-0,33	-1,61	12 203 056	48,40	7,36	17,19
2 004	24 549 000	407 894 000	18 825	285	1 530 400 000	121 114,41	-1,96	0,26	12 635 986	49,05	7,31	16,68
2 005	26 841 000	450 246 000	8 254	452	1 775 000 000	135 476,17	6,85	7,80	13 101 935	49,67	7,27	16,21
2 006	31 809 000	456 972 000	14 707	461	1 906 800 000	140 166,00	2,58	0,04	13 603 870	50,26	7,10	15,76
2 007	47 550 000	498 432 000	25 656	461	2 035 400 000	143 949,47	3,33	0,05	14 139 684	50,84	7,17	15,34
2 008	58 274 000	595 530 000			2 397 200 000	163 026,94	7,61	11,31	14 704 318	51,40	7,12	14,92
2 009	70 386 000	731 231 000			2 565 700 000				57,20	7,10	11,60	

**Sources** : MF/Direction des études financières et réformes ; secrétariat du gouvernement (Direction des archives nationales) ; MP/DSCN, Lois de Finances 2003-2009, Bulletins de statistique, Commissariat au Plan, années 1962-1963; annuaire statistique "séries longues 1960-1990" édition 1991, Direction de la Statistique et de la démographie/MP; annuaire statistique "séries longues 1990-2006" édition 2007, INS/MEF; RDP, Secteur Santé : exercice 2007, Comptes nationaux de la Banque mondiale et fichiers de données de l'OCDE.

*Déterminants des dépenses publiques de santé: cas du Niger 1960-2009*

Année	Titre	Crédit libéré	Part%
2001	Personnel	4 508	14,49%
	Fonctionnement	9 628	30,94%
	Subvention EPA	3 491	11,22%
	Investissement	13 492	43,36%
	<b>TOTAL</b>	<b>31 119</b>	
2002	Personnel	4 655	14,53%
	Fonctionnement	10 995	34,33%
	Subvention EPA	3 637	11,35%
	Investissement	12 743	39,78%
	<b>TOTAL</b>	<b>32 030</b>	
2003	Personnel	4 686	14,21%
	Fonctionnement	2 966	8,99%
	Subvention EPA	3 790	11,49%
	Investissement	21 532	65,30%
	<b>TOTAL</b>	<b>32 974</b>	
2004	Personnel	4 899	17,21%
	Fonctionnement	4 764	16,74%
	Subvention EPA	3 812	13,39%
	Investissement	14 991	52,66%
	<b>TOTAL</b>	<b>28 466</b>	
2005	Personnel	5 219	23,44%
	Fonctionnement	5 716	25,67%
	Subvention EPA	4 145	18,61%
	Investissement	7 190	32,29%
	<b>TOTAL</b>	<b>22 270</b>	

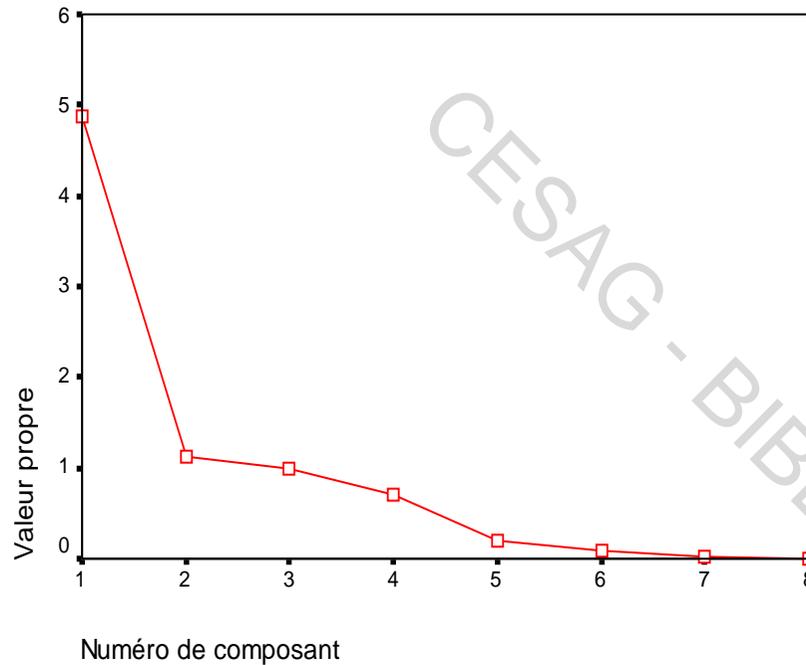
*Déterminants des dépenses publiques de santé: cas du Niger 1960-2009*

2006	Personnel	6 733	21,79%
	Fonctionnement	7 901	25,56%
	Subvention EPA	3 802	12,30%
	Investissement	12 470	40,35%
	<b>TOTAL</b>	<b>30 906</b>	
2007	Personnel	7 736	12,65%
	Fonctionnement	29 131	47,62%
	Subvention EPA	4 177	6,83%
	Investissement	20 130	32,91%
	<b>TOTAL</b>	<b>61 174</b>	
2008	Personnel	9 153	14,32%
	Fonctionnement	40 684	63,67%
	Subvention EPA	4 287	6,71%
	Investissement	9 772	15,29%
	<b>TOTAL</b>	<b>63 896</b>	
2009	Personnel	9 784	12,30%
	Fonctionnement	38 491	48,38%
	Subvention EPA	4 627	5,82%
	Investissement	26 665	33,51%
	<b>TOTAL</b>	<b>79 567</b>	

Source : Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat 2001-2009

ANNEXE III : Les autres résultats de l'ACP et de la régression

Graphique des valeurs propres



Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	n analyse
Budget Santé	3513,2000	14184,32	35
Investissement Santé	25010,77	100200,7	35
Nombre de Médecins	156,4000	109,7822	35
Produit Intérieur Brut réel	85030,79	43540,95	35
Inflation	5,2864	9,6443	35
Espérance de vie	41,3494	3,9029	35
Fécondité	7,7317	,2879	35
Mortalité	23,6391	3,6039	35

**Qualité de représentation**

	Initial	Extraction
Budget Santé	1,000	,840
Investissement Santé	1,000	,834
Nombre de Médecins	1,000	,887
Produit Intérieur Brut réel	1,000	,860
Inflation	1,000	6,870E -02
Espérance de vie	1,000	,934
Fécondité	1,000	,665
Mortalité	1,000	,915

Méthode d'extraction : Analyse des principaux composan

**Matrice des coefficients des composantes**

	Composante	
	1	2
Budget Santé	,169	-,355
Investissement Santé	,169	-,351
Nombre de Médecins	,192	,108
Produit Intérieur Brut réel	,127	,611
Inflation	-,054	,012
Espérance de vie	,193	,189
Fécondité	-,138	,407
Mortalité	-,190	-,219

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principale

**Matrice de covariance des composantes**

Composante	1	2
1	1,000	,000
2	,000	1,000

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

**Résultats de la régression**

Dependent Variable: BS

Method: Least Squares

Date: 01/29/11 Time: 13:35

Sample (adjusted): 6 48

Included observations: 35 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	26169.69	31867.64	0.821199	0.4187
DM	10.79113	7.357139	1.466756	0.1540
ES	-349.3544	445.4494	-0.784274	0.4397
IPC	-0.862591	29.81465	-0.028932	0.9771
IPS	0.136965	0.004057	33.76061	0.0000
ISF	-1708.122	1676.517	-1.018852	0.3173
PIB	0.005241	0.010865	0.482370	0.6334
TBM	-23.62655	391.9865	-0.060274	0.9524
R-squared	0.990049	Mean dependent var		3513.207
Adjusted R-squared	0.987469	S.D. dependent var		14184.39
S.E. of regression	1587.857	Akaike info criterion		17.77579
Sum squared resid	68074826	Schwarz criterion		18.13130
Log likelihood	-303.0763	F-statistic		383.7390
Durbin-Watson stat	3.135558	Prob (F-statistic)		0.000000

**ANNEXE IV : Organigramme du Ministère de la santé Publique du Niger**

Source : DAIDDRP/MSP

