



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE**

Année académique 2008-2009

THEME

**La relance des soins de santé primaires au Niger :
les mécanismes actuels de financement de la santé**

Préparé par :

SIDIKOU Soumana

Sous la Direction de :

- Dr Elhadji GUEYE, Professeur au CESAG, Chef du département Economie**
- Dr Hervé LAFARGE, Maître de Conférence à l'Université de Paris Dauphine, Professeur associé au CESAG**



M0153DSES10

2

Novembre 2009



REMERCIEMENTS

Au seuil de ce travail, j'éprouve l'obligation morale d'exprimer mes sentiments de gratitude à tous ceux qui m'ont apporté leur concours tout le long de ma formation et pendant la réalisation dudit travail.

Qu'il me soit ainsi permis de remercier Docteur **Elhadji GUEYE**, Professeur au CESAG, Chef du Département Economie et Docteur **Hervé LAFARGE**, Maître de Conférence à l'Université de Paris Dauphine, Professeur associé au CESAG qui, malgré leurs multiples occupations, ont accepté de conduire avec une attention particulière et une rigueur scientifique ce travail.

Mes remerciements vont également à l'endroit de mes amis **Zataoua Soumana Boubacar**, **Moumouni Alhassane** et **Ousmane Oumarou** pour la motivation et le soutien qu'ils m'ont apportés tout au long de cette formation. Aussi, j'adresse mes sincères remerciements à **M. Bizo Moussa**, Economiste de la Santé à l'OMS Bureau Niger pour sa contribution à la réalisation de ce mémoire, au Docteur **Moussa Fatimata**, Ministre de la Santé Publique, à l'époque, Secrétaire Général du Ministère, pour son encouragement à réaliser cette formation en Economie de la Santé, au Docteur **Pascal Mariama** de l'UNFPA pour sa contribution à ce travail et pour la meilleure gestion de ma prise en charge pendant la formation.

Je présente également mes vifs remerciements à ma femme, **Hadiza Moussa Diawara** pour l'amour et l'affection qu'elle m'a manifestées durant cette période. Quelle trouve ici toute ma reconnaissance.

A tous ceux qui n'ont pas vu leurs noms cités et qui nous ont toujours comblés de leur animation, sentiments, amour et amitiés ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CDSMT	: Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CS	: Case de Santé
CSI	: Centre de Santé Intégré
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
DS	: District Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre de District
EDSN/MICS	: Enquête Démographie, Santé, Nutrition et à indicateurs multiples
HD	: Hôpital de District
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PDS	: Plan de Développement Sanitaire
PDSD	: Plan de Développement Sanitaire de District
PIB	: Produit Intérieur Brut
QUIBB	: Questionnaire des Indicateurs de Base de Bien-être
RDP	: Revue des Dépenses Publiques
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRP	: Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP	: Soins de Santé Primaires
SSSP	: Stratégie des Soins de Santé Primaires
UNDAF	: Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

TABLEAUX

- Tableau n°1 :** Répartition des ressources financières de fonctionnement par niveau du système de santé, année 2007
- Tableau n°2 :** Evolution de la couverture sanitaire de 2005 à 2008
- Tableau n°3 :** Ratios personnel de santé/habitants comparés aux normes OMS en 2007
- Tableau n°4 :** Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés
- Tableau n°5 :** Quelques indicateurs de couverture des besoins de santé
- Tableau n°6 :** Prévisions budgétaires des PAA 2008 par niveau du système de santé
- Tableau n°7 :** Exécution des PAA 2008 par niveau du système de santé

GRAPHIQUES

- Graphique n°1 :** Evolution de la dépense publique de santé en % de la dépense publique totale de l'Etat et du PIB, 2001-2007
- Graphique n°2 :** Evolution de la dépense publique de santé, 2001-2007
- Graphique n°3 :** Répartition de la dépense nationale de santé par source de financement

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE ET INTERET DU SUJET.....	3
1.1. Problématique et intérêt du sujet.....	3
1.2. Objectifs de l'étude.....	6
1.2.1. Objectif général.....	6
1.2.2. Objectifs spécifiques	7
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	8
2.1. Situation socio-économique du Niger	8
2.2. Situation Sanitaire	9
2.2.1. Organisation du système de santé	9
2.2.2. Les soins de santé primaires au Niger	10
CHAPITRE 3 : ETAT DES CONNAISSANCE.....	13
3.1. Clarification des concepts.....	13
3.2. Revue de la littérature.....	16
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	20
4.1. Stratégie.....	20
4.2. Plan opérationnel.....	21
4.2.1 Sources des données.....	21
4.2.2. Collecte des données	22
4.2.3. Limites de l'étude.....	22

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES

CHAPITRE 1 : DEPENSES DE SANTE ET COUVERTURE DES BESOINS DE SOINS DE SANTEE.....	24
1.1. Etude de l'évolution des dépenses de santé de 2001-2007.....	24
1.2. Analyse de l'efficacité allocative des dépenses de santé	27
1.3. Etude de la couverture des besoins de soins de santé	29
1.3.1. Accès géographique aux services de santé.....	29
1.3.2. Analyse de quelques indicateurs de couverture des besoins de soins de santé maternelle et infantile.....	30
1.3.2.1. Santé de l'enfant	31
1.3.2.2. Santé de la femme.....	32
CHAPITRE 2 : ANALYSE DES BESOINS DE FINANCEMENT D'UNE STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES APPROPRIEE.....	34
2.1. Etude synthétique des besoins exprimés dans les PAA de l'année 2008.....	34
2.2. La mise en œuvre financière des PAA 2008	35
CHAPITRE 3 : EVALUATION DE LA COHERENCE DES MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE AU NIGER A LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.....	38
3.1. Principes de la Stratégie des Soins de Santé Primaires.....	38
3.2. Situation au Niger et analyse comparative	42
CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....	45
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Malgré les avancées de ces dernières années, la situation sanitaire dans le monde reste encore préoccupante. Elle est beaucoup plus préoccupante dans les pays en développement en particulier ceux de l'Afrique au Sud du Sahara. Selon le rapport 2009 des Nations Unies sur les OMD, l'Afrique subsaharienne comptabilise la moitié de tous les décès des moins de cinq ans. En 2007, près d'un enfant sur sept est mort avant son cinquième anniversaire.

Eu égard à cette situation, le renforcement des systèmes de santé devient une question urgente. Ainsi, dans le cadre de la recherche des voies et moyens pour organiser les services de santé et résoudre certains problèmes, les soins de santé primaires sont à nouveau retenus. Plusieurs conférences internationales dont celle de Ouagadougou (Burkina Faso) tenue en novembre 2008 ont permis d'examiner les avantages des SSP dans la lutte contre les problèmes sanitaires complexes d'aujourd'hui et ont en même temps suscité un engagement renouvelé pour ces derniers. Aussi, en 2008, la Commission des déterminants sociaux de la Santé de l'OMS a préconisé que toutes les politiques gouvernementales, dans tous les secteurs, accordent une attention extrême à la santé tout en présentant les SSP comme le modèle d'un système de santé qui agit sur les facteurs socio-économiques et politiques à la base des problèmes de santé. Par ailleurs, la Déclaration du Millénaire et ses objectifs ont insufflé une vie nouvelle aux valeurs d'équité et de justice sociale exposées à Alma-Ata.

Le Niger dont la situation sanitaire demeure problématique au regard des taux élevés de mortalité maternelle et infanto-juvénile qui sont respectivement de 648 décès pour 100 000 naissances vivantes et de 198‰¹ et qui le placent parmi ceux à faible niveau de développement sanitaire ne peut qu'accueillir favorablement cet engagement renouvelé pour les SSP. Cependant, la rareté d'informations factuelles sur la mise en œuvre des SSP qui pourraient mieux orienter les réformes constitue un obstacle non négligeable.

Ainsi, l'objet de notre travail est de contribuer à pallier à cette insuffisance en mettant essentiellement l'accent sur les questions de financement. Ce travail est divisé en deux (2) parties :

¹ INS Niger, EDSN_MICS III 2006

- La première partie qui est le cadre théorique de l'étude est subdivisée en quatre (4) chapitres. Le chapitre 1 décrit la problématique et fait ressortir l'intérêt du sujet ainsi que les objectifs de l'étude. Le chapitre 2 présente la situation socio-économique et sanitaire du pays et décrit comment les SSP ont été pris en compte dans les politiques de santé. Dans le chapitre 3, les concepts qui sont utilisés ont été clarifiés et la revue de la littérature est présentée. Le chapitre 4, le dernier de la partie est articulé autour de la description de la méthodologie utilisée.
- La deuxième partie qui présente les résultats et les analyses est également subdivisée en quatre (4) chapitres. Le chapitre 1 : «dépenses de santé et couverture des besoins de santé» étudie les dépenses publiques de santé selon l'évolution et la répartition entre les différents niveaux du système de santé. Ensuite, l'efficacité des dépenses est appréciée à travers l'analyse de quelques indicateurs de couverture des besoins de santé. Le chapitre 2 : «Analyse des besoins de financement d'une Stratégie des Soins de Santé Primaires appropriée » apprécie le niveau de financement des besoins de santé notamment ceux exprimés à la base à travers les PDSD. Il fait ainsi une étude synthétique des besoins financiers exprimés dans les PAA de l'année 2008 et analyse leur mise en œuvre financière. Le chapitre 3 : «Evaluation de la cohérence des mécanismes de financement de la santé au Niger à la stratégie des soins de santé primaires » reprend les résultats des chapitres précédents en vue d'apprécier le respect des principes des SSP par le Niger en particulier en matière de financement. Les principes des SSP ont été ainsi rappelés et une analyse comparative a été faite avec la situation au Niger. Enfin, cette deuxième partie du travail est terminée par un chapitre 4 : « Discussion ».

Une conclusion suivie de recommandations marque la fin de ce travail.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE ET INTERET DU SUJET

1.1. Problématique et intérêt du sujet

Dans les pays en développement, au lendemain des indépendances, l'accès aux services de santé était très limité. Les infrastructures sanitaires étaient concentrées dans les centres urbains et la médecine curative prédominait le système de soins avec parfois de dispositifs mobiles (Equipes mobiles) nés de l'obligation de faire face à des problèmes de santé endémo-épidémiques urgents. Les politiques de santé se définissaient essentiellement en termes de programmes verticaux de lutte contre les maladies. Cette approche était logique à une époque où la santé, était perçue comme l'absence de maladie et relevait ainsi principalement du champ de la médecine dont les professionnels étaient à la tête de l'administration chargée de la santé. Par la suite, les actions préconisées étaient cristallisées dans des approches de politiques sanitaires basées sur une médecine décentralisée intégrant l'aspect curatif et préventif. Cependant, eu égard aux difficultés économiques qui ont suivies l'effondrement des systèmes coloniaux, les pays en développement se sont rapidement trouvés confrontés à des problèmes de financement croissants auxquels s'ajoutaient les problèmes récurrents d'accessibilité, d'équité, et de qualité des soins.

Ces préoccupations ont conduit en 1978 à la conférence internationale d'Alma-Ata, dont la stratégie focalisée sur « les soins de santé primaires » à vocation de couverture universelle, devait permettre d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous » qui était à l'époque l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale toute entière. Sous l'impulsion de l'OMS, plusieurs pays en particulier ceux en développement dont le Niger ont adhéré à cette stratégie. Le Niger a ainsi renforcé son programme d'auto-encadrement sanitaire initié à partir de 1963 dans le cadre de l'animation rurale au développement. Des agents de santé villageois ont été formés pour faire la promotion sanitaire, prodiguer des soins simples et référer les cas dépassant leurs compétences à l'échelon supérieur immédiat. Malheureusement elle fut abandonnée dans les années 80 en raison des difficultés économiques et financières auxquelles s'ajoutaient les faiblesses institutionnelles et organisationnelles.

En effet, la crise économique des années 80 a profondément affecté les finances publiques des pays en développement et a entraîné une insuffisance du financement public de la santé. Ce

qui n'a pas permis à ces pays d'enregistrer les résultats espérés avec la Stratégie des Soins de Santé Primaires (SSSP). Des soins qui ont été présentés à Alma-Ata comme un ensemble de valeurs de base pour le développement sanitaire, de principes pour l'organisation des services de santé, et d'approches permettant de tenir compte des besoins de santé prioritaires et des déterminants fondamentaux de la santé. Cette Stratégie présentée à Alma-Ata comme la solution pour les pays en développement se heurta également à la question fondamentale du financement. Non seulement les performances en termes d'amélioration de la couverture sanitaire demeuraient faibles mais aussi de sérieuses difficultés subsistaient pour maintenir l'existant en fonctionnement.

Les succès enregistrés restant mitigés, ont conduit à partir du milieu des années 80 à rechercher l'intégration des actions de santé dans le cadre d'une organisation sanitaire selon une logique de système. L'accent est alors mis sur l'approche en termes de système de santé de district afin de permettre à la population d'accéder aux soins de santé primaires.

C'est dans cette situation qu'intervenait l'Initiative de Bamako dont le but est d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de SSP avec comme principes : la revitalisation et l'extension des services de santé périphériques, l'accessibilité à des médicaments de qualité à des prix abordables, la participation des communautés au financement et à la gestion des services de santé.

Au Niger, un système de recouvrement partiel des coûts des soins fut instauré et généralisé dans les années 90 comme financement alternatif complémentaire pour garantir le fonctionnement des services de santé. On assiste à un désengagement progressif de l'Etat du moins pour certaines composantes des soins notamment les médicaments. Les ménages malgré leur état de pauvreté (62,1%)² sont devenus la principale source de financement des soins de santé (47,43% des dépenses de santé en 2005)³. Le système est alors rapidement allé contre l'objectif recherché à travers les SSP qui est l'accès de tous aux soins de santé. En réalité, dans cette situation où les paiements directs sont prépondérants les plus pauvres sont en général exclus. Ce qu'en témoignent les taux d'utilisation des services au curatif qui jusqu'en 2005 étaient estimés à environ 20% même si cela ne pourrait être attribué au seul fait que les soins soient payants.

² INS du Niger, Enquête QUIBB 2005

³ MSP Niger, Comptes nationaux de la santé 2005-2006

Eu égard à ce problème, à l'état de santé précaire des populations et à l'engagement aux OMD, l'Etat a instauré en 2006 la gratuité pour certains soins et pour certaines couches sociales dont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq (5) ans. Ceci a conduit à la mise en place d'un mécanisme de tiers payant qui souffre cependant de nombreuses insuffisances se traduisant par des lenteurs dans les paiements.

Ce cheminement du système de santé nigérien présentant des grandes similitudes à ceux des pays de l'Afrique au Sud du Sahara montre à quel point les défis à relever en matière de financement de la santé sont importants. Il montre également que la Stratégie des Soins de Santé Primaires (SSSP) adoptée en 1978 à Alma Ata reste la stratégie privilégiée pour l'amélioration de la santé dans le monde puisque cette dernière met l'accent sur l'accès du plus grand nombre des populations aux soins de santé. Le rapport sur la Santé dans le monde 2008 de l'OMS intitulé « les Soins de Santé Primaires (SSP) maintenant plus que jamais » préconise la revitalisation des systèmes de santé par le biais des SSP. La Déclaration issue de la Conférence Internationale sur les SSP tenue à Ouagadougou (Burkina Faso) en avril 2008 a recommandé aux Etats membres d'actualiser leurs politiques et plans nationaux de santé, conformément à la SSSP, en vue de renforcer les systèmes de santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cependant, les difficultés de financement des soins de santé qui ont suivies la Déclaration de Alma-Ata persistent toujours dans les pays en développement. Aujourd'hui, il s'agit principalement de répondre aux difficultés financières, d'arriver à mobiliser et à mieux gérer les ressources nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de santé. A ce sujet, le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique lors de sa cinquante-sixième session tenue à Addis-Abéba (Éthiopie) du 28 août au 1^{er} septembre 2006, a dans sa Résolution invité les Etats membres à :

- renforcer ou élaborer des politiques et plans stratégiques complets de financement de la santé, et à intégrer ceux-ci à des cadres nationaux de développement tels que les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme;
- renforcer le système national de financement de la santé, y compris les structures et processus de financement et les systèmes de gestion;

Eu égard à cette situation qu'on peut qualifier de relance des SSP et de recherche des voies et moyens pour la mise en place d'un système de financement approprié, une étude portant sur le

financement de la santé et dont l'objet est de mettre en évidence les acquis et les contraintes dans la mise en œuvre des politiques en matière de santé est d'une utilité non négligeable. Cette étude présente donc un double intérêt en ce sens qu'elle s'attache à fournir aux décideurs politiques dans le domaine de la santé au Niger, des éléments de formulation d'une Stratégie nationale en matière de financement de la santé et de supports de plaidoyer pour une mobilisation accrue de ressources et un renforcement des SSP. Aussi, elle vise à dégager des propositions pour la mise en place d'un système de financement approprié de la santé. Autre intérêt de la présente étude sera sa contribution à l'évaluation finale du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010. Ce plan élaboré conformément à la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et pour tendre vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), a fait l'objet en 2008 d'une évaluation à mi-parcours. Les principaux résultats de cette évaluation ont mis en exergue un système de santé sous financé et dont l'offre des soins est insuffisante et déséquilibrée. En résumé, faire une analyse des acquis et des contraintes majeures sur la base des questions ci-dessous contribuera sans nul doute à mieux asseoir les stratégies et actions à mettre en œuvre pour une amélioration de la santé de la population.

1. Les mécanismes actuels de financement de la santé au Niger sont-ils cohérents à la Stratégie des Soins de Santé Primaires ?
2. En comptant sur le financement des populations, même pauvres, ne réduit-on pas la fréquentation, tout en favorisant le désengagement de l'Etat ?

Pour apporter des réponses à ces questions nous émettons l'hypothèse suivante :

H1 : Les mécanismes actuels de financement de la santé au Niger ne sont pas pertinents pour développer les soins de santé primaires.

1.2. Objectifs de l'étude

1.2.1. Objectif général

L'objectif général de la présente étude est d'évaluer la cohérence du financement de la santé au Niger avec la Stratégie des Soins de Santé Primaire.

1.2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques visés concourant à la réalisation de l'objectif général se résument comme suit :

- Analyser l'évolution des financements des SSP de 2001-2007;
- Analyser l'évolution de la couverture des besoins de SSP sur la même période ;
- Analyser les besoins de financement d'une Stratégie des Soins de Santé Primaires appropriée ;
- Analyser les modalités actuelles de financement ;
- Proposer des stratégies de financement plus adéquates.

Toutefois, sans aucunement avoir la prétention de déboucher sur des propositions les meilleures, cette étude se veut être une contribution à la mise en place d'une politique appropriée de financement des soins de santé au Niger.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE

2.1. Situation socio-économique du Niger

Le Niger, avec une superficie de 1.267.000 Km², est l'un des pays les plus vastes de l'Afrique de l'Ouest. Situé en zone Sahélo Saharienne, il est limité au Nord par la Libye et l'Algérie, au Sud par le Bénin et le Nigeria, à l'Est par le Tchad et à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali. C'est un pays sahélien marqué par de fortes instabilités sur le plan climatique et par une très haute vulnérabilité du point de vue économique et alimentaire. Seulement 12% de sa superficie sont favorables à une agriculture de subsistance qui occupe 85% de sa population⁴ et les trois quarts de cette population vit sur cette frange sud propice à l'agriculture.

La population nigérienne, sur la base des données du RGPH 2001, s'estime aujourd'hui à plus de 13 millions d'habitants. C'est une population majoritairement jeune (les jeunes de moins de 15 ans représentent 54,1%) et à forte proportion de femmes (50,14%). Le taux annuel de croissance démographique est estimé à 3,3%. Le niveau élevé de la croissance de la population est le résultat d'une forte fécondité alors que le niveau de mortalité baisse sensiblement. L'indice synthétique de fécondité est resté au-dessus de 7 enfants par femme. La forte fécondité des Nigériennes est expliquée par les mariages précoces et le faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives. En effet, selon l'enquête EDSN/MICS III 2006 citée dans le document «Note d'orientation stratégique de UNDAF 2009-2013 », à 15 ans, 50% des filles sont déjà mariées et au niveau des méthodes contraceptives modernes et traditionnelles, seules 11% des femmes en union y ont fait recours en 2006.

Aussi, la structure de l'économie a très peu varié depuis 1990 : le secteur primaire représente un peu moins de 40% du PIB, le secteur secondaire occupe 15% du PIB, tandis que le tertiaire, dominé par le petit commerce et l'informel, représente environ 45 % du PIB. Le secteur agricole concentre 80% de la population active. La croissance économique demeure toujours insuffisante face aux multiples objectifs de développement visés. La volonté politique d'assurer un développement humain durable butte à la persistance de la faiblesse des performances économiques. Les «Comptes Economiques de la Nation», Estimations 2007, indiquent le taux de croissance économique à 3,1%. Même si une certaine stabilité

⁴ INS Niger, MICS 2000

macroéconomique suivie d'une sensible amélioration des conditions de vie est observée à l'issue de l'évaluation de la première génération de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), les performances économiques comparées à la croissance démographique (estimé à 3,3% au recensement général de la population 2001), mettent en évidence l'importance des défis à relever pour réduire significativement la pauvreté et permettre la réalisation de progrès appréciables vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015.

2.2. Situation Sanitaire

2.2.1. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif du pays. Il s'agit d'un système pyramidal comprenant trois niveaux :

- un niveau central : Responsable de la conception, du suivi et de l'évaluation des stratégies et politiques de santé. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Générales (2) et Centrales (13); Il apporte un appui stratégique
- un niveau intermédiaire : responsable de l'appui technique, il est composé des Directions Régionales de la Santé Publique (8 DRSP) ;
- un niveau périphérique : responsable de l'opérationnalisation des stratégies et politiques. Il est composé de 42 districts sanitaires et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), et de Cases de Santé (CS).

Pour la production de soins, le rapport de la Revue des Dépenses Publiques (RDP) 2007 indique que le pays dispose en 2008 d'un réseau d'établissements publics comprenant : 3 Hôpitaux nationaux, 1 Maternité de référence nationale, 14 Centres spécialisés, 6 Centres hospitaliers régionaux, 2 Maternités de référence régionale, 42 Hôpitaux de districts dont 23 disposent d'un plateau technique fonctionnel, 643 Centres de Santé Intégrés et 2 509 cases de santé dont 2049 fonctionnelles. A ces structures, s'ajoutent celles gérées par d'autres administrations publiques. Il s'agit de celles de la Présidence de la République, de l'Assemblée Nationale et des Ministères de la Défense Nationale (24 infirmeries de garnison),

de la Justice, des Affaires Etrangères, de l'Equipement et de la Fonction Publique (7 centres socio sanitaires que gère la CNSS).

A côté de ce secteur public, évolue un secteur privé dynamique principalement implanté dans les grandes villes et orienté vers les activités curatives. Mais selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger, édition 2006, citée dans le rapport de la RDP 2007, ce secteur est composé de : 3 hôpitaux, 3 polycliniques, 26 cliniques, 1 clinique de gynéco obstétrique, 30 cabinets médicaux/cabinets de soins, 5 centres médicaux, 133 salles de soins, 9 dispensaires/infirmes. Il faut toutefois noter que la collaboration entre ces deux secteurs reste encore très faible.

2.2.2. Les soins de santé primaires au Niger

L'histoire sanitaire du pays montre que ce dernier a intégré la logique des SSP avant même la Déclaration de Alma-Ata. Depuis 1963, il a débuté la mise en œuvre d'un programme d'auto-encadrement sanitaire dans le cadre de l'animation rurale au développement avec des agents de santé villageois chargés de la promotion sanitaire et ayant pour attributions principales de :

- prodiguer des soins simples
- référer les cas dépassant leur compétence à la formation sanitaire dont ils dépendent
- sensibiliser les populations rurales aux problèmes de santé
- inciter les populations à coopérer avec les services de santé.

L'engagement de faire de la Stratégie des SSP, le moyen du développement sanitaire s'est davantage précisée avec l'organisation en 1986 des 9^{èmes} Journées d'Etudes de la Santé à Diffa (une région située à l'extrême Est du pays) et de celles de Dosso (région située à l'Est à 139 km de Niamey, la capitale) en 1988 dont les principales conclusions et recommandations essentiellement formulées autour des huit (8) composantes des SSP ont été déclinées comme suit :

- conception et développement d'un programme national d'éducation pour la santé ;
- intégration de l'éducation sanitaire dans le programme de formation des agents de santé ;
- information des populations sur les problèmes qui touchent leur santé ;
- développement de la participation communautaire ;

- promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- élaboration d'une politique nationale en matière d'hygiène et d'assainissement assortie d'une législation appropriée ;
- réalisation d'ouvrages hydrauliques en utilisant des technologies appropriées et d'un coût supportable afin de fournir aux populations de l'eau saine en quantité suffisante ;
- élaboration et application d'une politique nationale réaliste en matière d'hygiène et d'assainissement du milieu ;
- définition et mise en œuvre d'une stratégie nationale qui vise le développement de la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale.
- La conception d'une politique de médicaments essentiels ;
- L'encouragement de la décentralisation effective des services de santé ;
- La mise en place d'un fonds national pour la santé.

En 1991, la Conférence Nationale Souveraine avait également préconisé la mise en œuvre, dans les meilleurs délais du scénario africain de développement sanitaire en trois phases, et des mécanismes de participation communautaire, notamment, le recouvrement partiel des coûts de soins de santé dans le cadre de l'initiative de Bamako. Aussi, dans le cadre de l'option mondiale de la « santé pour tous en l'an 2000 », le pays a adopté une Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en juillet 1995 ainsi qu'une Politique Pharmaceutique Nationale en mars de la même année et un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000 fut élaboré avec la contribution de l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le secteur. Ce plan a été le premier cadre adéquat et organisé d'orientation des activités de santé. L'objectif principal visé était l'amélioration de la santé de la population à travers l'application de la SSSP. Le système de santé entre alors dans une ère de priorité au renforcement du District Sanitaire unité opérationnelle chargée de planifier le développement sanitaire à la base, d'estimer les ressources nécessaires et d'en assurer la gestion avec une pleine participation de la communauté.

Cependant, les difficultés financières et les multiples problèmes de gestion des finances publiques n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés. La situation demeure toujours préoccupante malgré les progrès observés ces dernières années. Des indicateurs comme les

taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés (respectivement 6,48‰ et 81‰)⁵ et placent le pays parmi ceux à faible niveau de développement sanitaire. Le pays ne peut donc rester en marge de l'engagement pour la relance des SSP. Le dispositif stratégique mis en place et actuellement en cours pour faire face à la situation, est détaillé dans le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 ayant pour objectif principal de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile.

L'engagement au renforcement des SSP est traduit à travers ce Plan de Développement Sanitaire par l'opérationnalisation des mesures ci-après : (i) augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité; (ii) renforcer les activités de santé de la reproduction, le processus de décentralisation dans le secteur de la santé ainsi que les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP; (iii) accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ; l'efficacité et l'efficience de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mises à la disposition des services de santé ainsi que la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires et (iv) pallier l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel. La mise en œuvre et la réussite de ces mesures signifient en somme une mobilisation suffisante de ressources, une utilisation efficace de celles-ci, une grande équité dans le financement et dans l'accès aux services.

Le PDS 2005-2010 a servi de base, à l'élaboration des actuels plans quinquennaux de développement sanitaire des districts et des régions dans une approche pluridisciplinaire et intersectorielle avec la participation des bénéficiaires à travers des mécanismes communautaires de gestion et de concertation. La mise en œuvre de ces plans repose sur une planification annuelle assortie d'un consensus au niveau des districts et des régions avant leur validation en réunion de conseil national de santé.

⁵ INS Niger, EDSN_MICS III 2006

CHAPITRE 3 : ETAT DES CONNAISSANCES

3.1. Clarification des concepts

♦ *Soins de Santé Primaires*

La Déclaration d'Alma-Ata dans son point IV a défini les SSP comme il suit :

«Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

Les SSP étaient présentés comme un ensemble de démarches visant à répondre aux besoins de santé prioritaires et à agir sur les principaux déterminants de la santé. Ils étaient également présentés comme un ensemble de valeurs pour promouvoir le développement sanitaire et un ensemble de principes permettant de structurer les services de santé. En somme, les SSP, tels que définis en 1978 donnent la possibilité de réorganiser toute la structure des soins de santé, des ménages aux hôpitaux. Ils impliquent des soins préventifs ayant autant d'importance que les soins curatifs et une allocation rationnelle des ressources entre les différents niveaux de soins.

Les principes qui sous-tendent les SSP dont il est fait mention ci-dessus sont énoncés dans le rapport sur la santé dans le monde, 2003 de l'OMS comme suit :

- l'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins;
- l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;

- la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé;
- l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Aussi, la Conférence d'Alma-Ata a défini huit (8) composantes pour les SSP. Il s'agit de :

- l'éducation portant sur les problèmes de santé actuels et les méthodes pour les prévenir et les maîtriser;
- la promotion de l'approvisionnement alimentaire et d'une bonne nutrition;
- l'approvisionnement normal en eau potable et une salubrité de base;
- les soins de santé maternelle et infantile, y compris le planning familial;
- la vaccination contre les principales maladies infectieuses;
- la prévention et la lutte contre les maladies endémiques locales;
- le traitement des maladies et des blessures courantes et
- la disponibilité des médicaments essentiels.

Il faut noter comme indiqué dans le rapport ci-dessus cité qu'il n'existe pas une définition unique et universelle pour les SSP. La Déclaration de Alma-Ata les considère à la fois comme un niveau de soins et une approche globale de la politique sanitaire. Ainsi, dans les pays développés, ils signifient principalement le premier niveau des soins et dans les pays pauvres, on les considère comme une stratégie qui s'applique à l'ensemble du système de santé subdivisé en trois (3) niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : «Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire», réaffirme l'importance de la stratégie des soins de santé primaires dans le développement du secteur de la santé en Afrique.

♦ *Niveau primaire des soins*

C'est le niveau opérationnel du système de santé où sont privilégiés les SSP. Il correspond au district sanitaire doté dans le cadre du renforcement du système d'un hôpital et d'un réseau de centres de santé dans le but d'améliorer l'accès des populations aux soins essentiels de base et aux soins de premier recours (première référence).

♦ *Niveau secondaire*

Il correspond à la région et apporte l'appui technique au niveau district et, est responsable des soins de deuxième recours.

♦ *Niveau tertiaire*

C'est le niveau de la conception, du suivi et de l'évaluation des stratégies et politiques de santé. Aussi, il est responsable des soins tertiaires spécialisés et, est constitué de l'ensemble des structures du niveau central.

Les ressources du système de santé sont distribuées dans ces trois (3) niveaux ainsi définis. La performance du système dépend essentiellement non seulement de l'importance des ressources mais aussi de la manière dont celles-ci y sont réparties. D'où la nécessité pour tout système de santé de développer une politique de financement qui s'oriente particulièrement sur des priorités bien établies.

♦ *Couverture des besoins de soins de santé*

D'après la note de cours sur le Cadre d'Analyse des Systèmes de Santé du Professeur Hervé LAFARGE, enseignant associé au CESAG en DESS Economie de la Santé, la couverture des besoins d'une certaine catégorie de soins correspond à la situation dans la quelle tous ceux qui en ont besoin (c'est à dire ceux dont l'état de santé peut être amélioré par ces soins) bénéficient de ces soins. La population qui a besoin d'une certaine catégorie de soins est la population « cible » de ces soins. La proportion de la population cible qui bénéficient effectivement des soins appropriés, mesure le taux de couverture des besoins de cette catégorie. Si l'on ne peut pas connaître la population cible, on utilise des indicateurs proches.

♦ *Financement des soins de santé*

C'est l'apport de ressources financières aux prestataires pour leur permettre de se procurer les ressources réelles nécessaires à la production des soins et des services. Le financement de la santé désigne la collecte de fonds auprès de différentes sources (par exemple, les gouvernements, les ménages, les entreprises, les donateurs), leur mise en commun afin de partager le risque financier entre de plus grands groupes au sein de la population, et leur utilisation pour le paiement des services fournis par les prestataires publics et privés de soins

de santé (Rapport sur la santé dans le monde, OMS 2000). On distingue le financement public des soins de santé constitué des apports des gouvernements et des donateurs et le financement privé constitué de ceux des ménages et des entreprises.

♦ *Cohérence du financement avec la Stratégie des Soins de Santé Primaires*

La politique de financement d'un système de santé basé sur les SSP est supposée donner suffisamment d'importance au niveau primaire ne serait-ce qu'au regard du principe de l'accès universel aux soins. En effet, selon le rapport sur la revue des soins de santé primaires dans la région africaine, OMS Afrique 2003, les structures du niveau primaire des soins dans les pays en développement sont au service d'environ 80 % de la population. Ainsi, en parlant de cohérence du financement, cela signifie d'une part, une efficience allocative dans le financement du point de vue de la Stratégie des Soins de Santé Primaires c'est-à-dire une politique de financement mettant l'accent sur la couverture des besoins du niveau primaire. La répartition des ressources doit encourager l'accès équitable aux soins en favorisant la mise en œuvre des SSP qui se développent particulièrement au premier niveau de la pyramide sanitaire. D'autre part, la politique de financement doit également favoriser l'équité contributive. La contribution des ménages au financement des soins de santé doit se faire d'une manière suffisamment juste, chaque ménage payant proportionnellement à son revenu.

3.2. Revue de la littérature

Les écrits sur les SSP sont multiples et variés. Nous nous sommes intéressés ici à ceux en rapport avec notre sujet c'est-à-dire ceux traitant des questions de financement de la santé. Le résultat de notre recherche est ci-après présenté :

Selon le rapport du Bureau Régional OMS Europe, édition janvier 2004, intitulé « Quels sont les avantages et les inconvénients de restructurer un système de santé de manière à ce qu'il soit plus axé sur les services de soins primaires ? », les études scientifiques disponibles démontrent que, comparés aux systèmes de santé privilégiant les soins spécialisés, les systèmes relativement plus axés sur les soins primaires et le recours à la médecine générale présentent certains avantages, à savoir une amélioration de la santé, une plus grande équité, un accès accru aux soins, une meilleure continuité des services et une diminution des coûts. Le rapport ajoute que, selon la plupart des études comparant les services offrant des soins

primaires ou des soins spécialisés, le recours aux soins primaires entraîne une diminution des coûts et accroît la satisfaction des clients sans que la qualité ni le résultat des soins n'en soient affectés. Par ailleurs, le rapport précise que le développement des services de soins primaires ne provoquera pas obligatoirement une diminution des coûts car ils permettent aussi de déceler des besoins insatisfaits, d'améliorer l'accès aux services de soins tout en favorisant l'utilisation de ces services.

Aussi, il ressort de cette dernière assertion que la réussite d'un système de santé axé sur les SSP dépend beaucoup de l'importance des ressources qui lui y seront consacrées. Cette condition est probablement à l'origine de l'abondance de la littérature sur la nécessité dans les pays en développement, de développer des approches en matière de financement pour rendre plus efficaces et efficients les systèmes de santé.

Le rapport sur la santé dans le monde 2003 de l'OMS indique que sans la mise en place de mécanismes de financement fiables, les idées novatrices appliquées au renforcement de l'infrastructure des soins de santé primaires qui sert de base aux systèmes de santé ne donneront aucun résultat. Aussi, le rapport fait ressortir le sous financement de la santé dans les pays à faible revenu. Ces derniers consacrent à la santé 1 à 3 % seulement de leur produit intérieur brut

Dans le même ordre d'idées, Jean-Claude BERTHÉLEMY et Juliette SEBAN dans leur article : « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement » paru dans la Revue d'économie du Développement de Boeck Université 2009/1-2, N° 23, p. 33-71, tout en montrant que l'accès aux services de santé est fortement influencé par les caractéristiques socioéconomiques des ménages, et notamment par l'éducation des mères de famille, ont mis en évidence que des dépenses publiques importantes ainsi que des améliorations de la gouvernance dans plusieurs de ses dimensions pourraient également contribuer de manière très sensible à une distribution plus équitable de l'accès aux services de santé.

M. AUDIBERT et collaborateurs, dans un article intitulé « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », édition Médecine Tropicale 2004 où ils analysent l'évolution des modes de financement de la santé en Afrique au Sud du Sahara, indiquent que les pays en développement sont confrontés à trois questions centrales

en matière de financement de la santé : l'insuffisance de ressources, la faible efficience technique et allocative et le manque d'équité dans le financement.

Valéry Ridde et Florence Morestin, Université de Montréal, dans leur article : « Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique » ont indiqué quant à eux que de nombreuses études en Afrique ainsi que leurs propres recherches au Burkina Faso, au Mali et ailleurs ont montré que si le paiement direct des usagers a amélioré l'accès aux médicaments, il a aussi réduit l'accès des populations vulnérables aux services de santé conduisant à une réduction de l'utilisation des services notamment par les femmes et par les plus pauvres.

J. L. DUPONCHEL quant à lui, en qualifiant, dans son écrit intitulé « Bilan des soins de santé primaires », édition Médecine Tropicale 2004 ; 64 : 533-538, la Déclaration d'Alma-Ata de document politique et de cadre de travail dans lequel doivent s'inscrire les responsables sanitaires et dont les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées, montrait que cette situation permet à chacun d'interpréter les principes et les concepts développés et mentionne qu'en conséquence les actions conduites au nom des soins de santé primaires ne respectaient souvent que très partiellement l'esprit du cadre de référence défini à Alma-Ata. A ce sujet, dans un autre article intitulé « Entre efficacité et équité: qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? une revue des expériences ouest africaine » Valéry Ridde fait ressortir que si l'initiative de Bamako lancée en 1987 en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaire n'a pas produit tous les effets escomptés c'est parce que dans son implantation l'aspect équité a été négligé. Les efforts ont porté beaucoup plus sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place.

Ces constats sont mis en évidence dans le rapport sur la santé dans le monde 2008 de l'OMS qui note que dans les pays en développement plus de la moitié des dépenses de santé se fait par paiement direct. Le rapport ajoute que les dépenses personnelles entraînent chaque année plus de 100 millions d'individus sur le seuil de la pauvreté. Situation qui signifie que ce sont les riches qui ont accès aux meilleurs soins et les pauvres livrés à eux-mêmes.

Aussi, le rapport sur « la Revue des SSP dans la Région Africaine », OMS Afrique 2003 montre que, malgré que tous les pays africains ont fait des SSP la pierre angulaire de leurs politiques de santé, le système de répartition des ressources privilégie beaucoup plus les

hôpitaux que les structures de santé de base. A propos, il indique que, malgré les sollicitations adressées aux États pour qu'ils allouent des ressources supplémentaires destinées aux soins de santé primaires, il semble que les ressources additionnelles continuent d'être allouées aux hôpitaux dans la plupart des pays de la Région et que les structures de santé de base reçoivent à peine 20% des ressources financières du système de santé.

Tous ces documents ont mis en évidence l'impérieuse nécessité de répondre aujourd'hui aux difficultés financières, d'arriver à mobiliser et à mieux gérer les ressources nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de santé. Cette préoccupation a été au cœur de la cinquante-sixième session du Comité Régional OMS Afrique tenue à Addis-Abéba (Éthiopie) du 28 août au 1^{er} septembre 2006. Ainsi, le rapport issu de cette conférence est assortie d'une Résolution invitant les Etats membres à :

- renforcer ou élaborer des politiques et plans stratégiques complets de financement de la santé, et à intégrer ceux-ci à des cadres nationaux de développement tels que les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme;
- renforcer le système national de financement de la santé, y compris les structures et processus de financement et les systèmes de gestion;

En ce qui concerne spécifiquement le Niger, les rapports des Comptes Nationaux de Santé (exercices 2004 et 2005-2006), de la Revue des Dépenses Publiques (tous les exercices depuis 2000) ont tous marqué le sous financement du secteur de la santé et l'inéquitable répartition des ressources entre les différents niveaux du système de santé. En effet, ces rapports ont indiqué dans l'ensemble une gestion centralisée en faisant ressortir que l'administration centrale continue de gérer plus de 90% des ressources. L'importance de la contribution des ménages est également mise en exergue. Ces derniers constituent la source principale de financement avec plus de 40% des dépenses de santé dont plus de 90% de paiements directs. Il y a là une des raisons de la faible utilisation des services de santé. Le rapport de l'enquête QUIBB 2005 en parlant de la fréquentation des services de santé a indiqué que 29,4% des malades ont évoqué le coût élevé des soins comme cause de la faible fréquentation de ces derniers.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

4.1. Stratégie

La présente étude consistant à évaluer la cohérence du financement de la santé au Niger avec la Stratégie des Soins de Santé Primaires porte sur les points suivants :

- l'analyse des dépenses de santé d'un point de vue globale ;
- la répartition de ces dernières entre les différents niveaux du système ;
- l'évolution de la couverture des besoins en soins de santé ;
- l'analyse des modalités actuelles de financement de la santé.

Le sujet étant très vaste, nous considérons le flux financier dans le secteur en mettant l'accent particulièrement sur les dépenses publiques à partir du budget de l'Etat pour lesquelles la disponibilité des données est assez bonne. Toutefois, étant donné que les exercices de revue des dépenses publiques dépassent ces dernières années le cadre des dépenses réalisées à travers le budget de l'Etat pour intégrer les dépenses relatives aux interventions directes des partenaires et ceci à partir de 2005 jusqu'en 2007, notre analyse en tiendra donc compte. Aussi, la distribution des ressources entre les différents niveaux du système prend en compte uniquement les dépenses publiques. Ce choix résulte en grande partie des contraintes de disponibilité des données sur les dépenses privées par niveau. Cependant, pour les périodes où l'information est disponible, nous tenons compte des dépenses privées pour l'appréciation du niveau de la dépense globale à partir d'indicateurs comme le pourcentage des dépenses de santé par rapport aux dépenses publiques totales de l'Etat, par rapport au PIB et la dépense per capita. Nous en tenons également compte pour nos analyses sur l'équité contributive au financement du système de santé.

En outre, pour évaluer l'efficacité des dépenses nous allons les mettre en rapport avec couverture des besoins en Soins de Santé Primaires en analysant l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs de couverture et d'utilisation des services de santé. Aussi, nous analysons les besoins de financement d'une Stratégie des Soins de Santé Primaires appropriée, à partir des besoins estimés à la base pour une année de planification opérationnelle au niveau des districts sanitaires et sa mise en œuvre en matière de financement.

Quant aux modalités actuelles de financement, un examen comparatif des résultats issus de l'analyse :

- de l'évolution des dépenses, de leur répartition entre les différents niveaux du système de santé et de leurs sources de financement ;
- de la couverture des besoins en SSP ;
- et des besoins de financement ;

nous a permis de relever leurs insuffisances et d'apprécier leur cohérence avec la Stratégie des Soins de Santé Primaires.

Enfin, dans l'optique d'aboutir à des suggestions de stratégies de financement pertinentes, les résultats et conclusions dégagés ont été discutés avec certains responsables du ministère de la santé et d'organisations bilatérale et multilatérale œuvrant dans le domaine de la santé.

4.2. Plan opérationnel

4.2.1 Sources des données

L'étude porte sur le système de santé du Niger dans son ensemble. Nous nous intéressons spécifiquement aux questions relatives au financement de la santé et nous privilégions une problématique centrée sur la Stratégie des Soins de Santé Primaires à travers certains concepts tels que l'accès équitable aux soins et l'efficience allocative. Dans cette démarche, nous essayons de déterminer si les mécanismes de financement et la distribution des dépenses reflètent l'esprit de la Stratégie et si le niveau des dépenses permet de développer les soins de santé primaires.

Les données pour traiter le sujet dans ce sens ne constituent pas une contrainte majeure eu égard à tous les outils de gestion développés dans le secteur. En effet, le Gouvernement du Niger, dans le cadre de sa politique de redressement économique et financier, s'est engagé dans un processus de préparation de nouveaux instruments de suivi de la gestion économique, en particulier la Revue des Dépenses Publiques initiée depuis 1996 dans le but d'une utilisation plus efficace des ressources publiques. Au niveau du secteur de la santé, cet exercice débuté en 1998 est, depuis 2003 régulièrement réalisé. Il lui est associé ces dernières années celui des Comptes Nationaux de la Santé dans le but d'améliorer davantage la gestion des ressources du secteur.

Par ailleurs, le processus de planification développé dans le secteur permet l'obtention de données essentielles pour la présente étude. L'on doit noter que la mise en œuvre du PDS est assortie d'un processus de planification décentralisée. Les districts sanitaires et les régions ont élaboré des plans quinquennaux de développement sanitaire dont la mise en œuvre repose sur une planification annuelle participative. Les plans d'action ayant fait l'objet de consensus au niveau des districts et régions sont validés en réunion de conseil national de santé et constituent l'outil de travail et d'opérationnalisation de la politique de santé. En outre, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de routine et le système de suivi de la mise en œuvre du PDS 2005-2010 complètent la base des données disponibles au niveau du secteur de la santé.

Notre travail exploite les données ainsi rassemblées dans les rapports des Revues des Dépenses Publiques, des Comptes Nationaux de la Santé, des Annuaire des Statistiques Sanitaires, des revues semestrielles et annuelles du PDS.

4.2.2. Collecte des données

Nous avons essentiellement procédé à une exploitation de documents des études déjà réalisées. Les données sont ainsi recueillies à partir des rapports :

- Revues des Dépenses Publiques,
- Comptes Nationaux de la Santé,
- Rapport du SNIS de routine (Annuaire des Statistiques Sanitaires),
- revues semestrielles et annuelles du PDS,

Les plans de développement sanitaire des districts ont été également exploités pour l'estimation globale des besoins de financement appelés ici besoins de financement d'une Stratégie des Soins de Santé Primaires appropriée.

Pour l'analyse et l'interprétation des données, nous avons utilisé le tableur EXCEL et le logiciel WORD.

4.2.3. Limites de l'étude

La présente étude vise à évaluer la cohérence du financement de la santé au Niger avec la Stratégie des Soins de Santé Primaires. Par cette analyse qui tient compte des principes de

ladite Stratégie, il s'agit d'étudier l'allocation des ressources entre les différents niveaux du système de santé mais également l'équité d'accès aux soins et l'équité contributive. Cependant, le niveau de détail des données dont nous disposons n'est pas optimal pour mieux renseigner ces indicateurs. Il serait intéressant de disposer des informations selon les couches socioéconomiques (riches, pauvres) pour une analyse plus complète de l'équité d'accès et de l'équité contributive. De ce fait, nous avons limité notre analyse à l'étude de l'allocation des ressources entre les différents niveaux du système de santé, à l'étude des sources de financement et à l'étude de certains indicateurs de couverture des besoins de soins de santé en fonction du milieu de résidence. Toutefois, nous pensons pertinente cette démarche pour étudier les résultats de la politique de santé en matière de SSP.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE

CHAPITRE 1 : DEPENSES DE SANTE ET COUVERTURE DES BESOINS DE SOINS DE SANTE

De l'indépendance à nos jours, les efforts fournis au Niger pour améliorer la santé visaient entre autres objectifs la mise en place d'un système sanitaire décentralisé. Cette option était au centre des premières expériences des soins de santé primaires durant les années 80s. Elle était également l'une des orientations dominantes des différents plans de développement sanitaire y compris celui de 2005-2010 autour desquels a été organisée la mobilisation des ressources pour le développement sanitaire. Mobilisation de ressources qui reste d'actualité comme dans la plupart des pays en développement.

Ce chapitre va retracer d'un point de vue global les efforts réalisés en matière de mobilisation de ressources financières en faveur du secteur de la santé. Aussi, il sera fait un résumé des résultats obtenus en termes de couverture des besoins de soins de santé. Dans cette perspective, l'analyse sera faite autour de la question ci-après : le volume des financements et leur allocation favorisent-ils le développement des SSP ?

1.1. Etude de l'évolution des dépenses de santé de 2001-2007

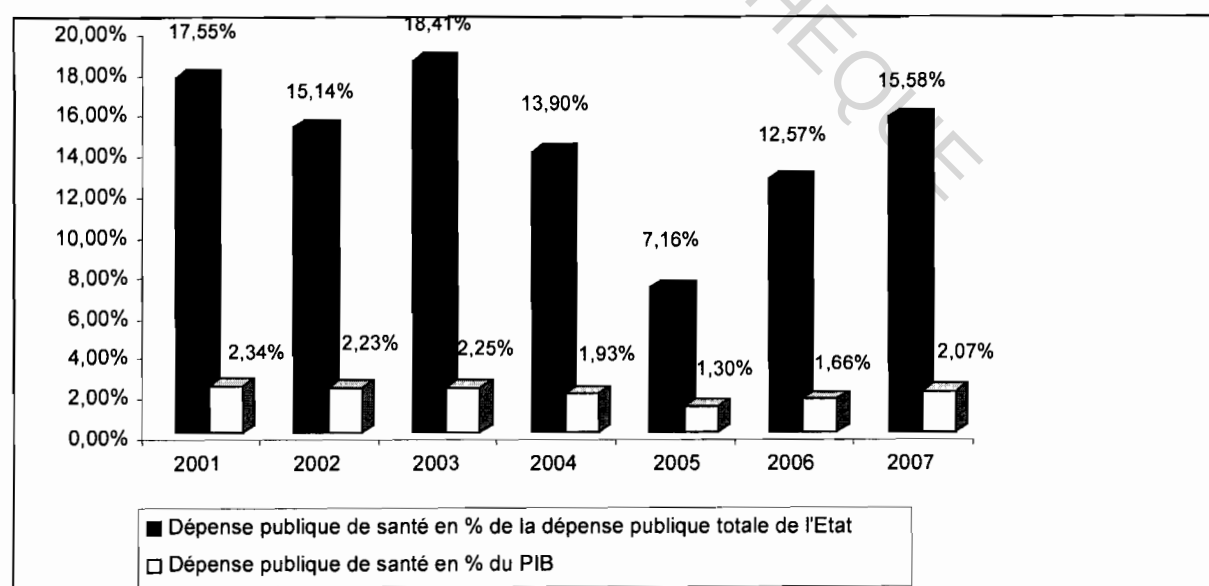
Depuis son accession à l'Indépendance en 1960, le Niger n'a cessé de déployer d'énormes efforts pour améliorer la santé de la population. Mais à l'instar des autres pays africains, il se trouve confronté à des graves crises surtout économiques qui ont eu pour conséquences la limitation des investissements 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%⁶ 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. En 2007, les «Comptes Economiques de la Nation» estimaient le taux de croissance économique à 3,1% inférieur à celui de la croissance démographique estimé quant à lui à 3,3% par le recensement général de la population de

⁶ Primature du Niger, Secrétariat SRP, Stratégie de Réduction de la Pauvreté : SRP complète, janvier 2002

2001. Ainsi, les ressources budgétaires de l'Etat, en stagnation depuis de nombreuses années, face à une croissance rapide de la population, 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 moyenne sur la période 2001-2007, la dépense publique de santé à travers le budget de l'Etat a représenté 14,33% de la dépense publique totale de l'Etat et 1,97% du PIB. Comme indiqué par le graphique n°1 ci-dessous, à partir de 2003, elle a amorcé une chute pour tomber à 7,16% en 2005 et une reprise à la hausse est observée à partir de 2006 pour atteindre 15,58% de la dépense publique totale de l'Etat et 2,07% du PIB en 2007. Toutefois, à ce niveau de dépense, il ne s'agit que d'une hausse virtuelle car la dépense publique de santé par habitant et par an s'estime à environ 3 026 FCFA soit environ 7 dollars US avec 1 dollar = 437 FCFA. Ce qui est loin du niveau de dépense de santé préconisé par « Better Health For Africa » soit 13 dollars US et par la Commission macroéconomie et santé créée par l'OMS en 2001 qui préconisait 34 dollars US par personne et par an pour des interventions essentielles en santé.

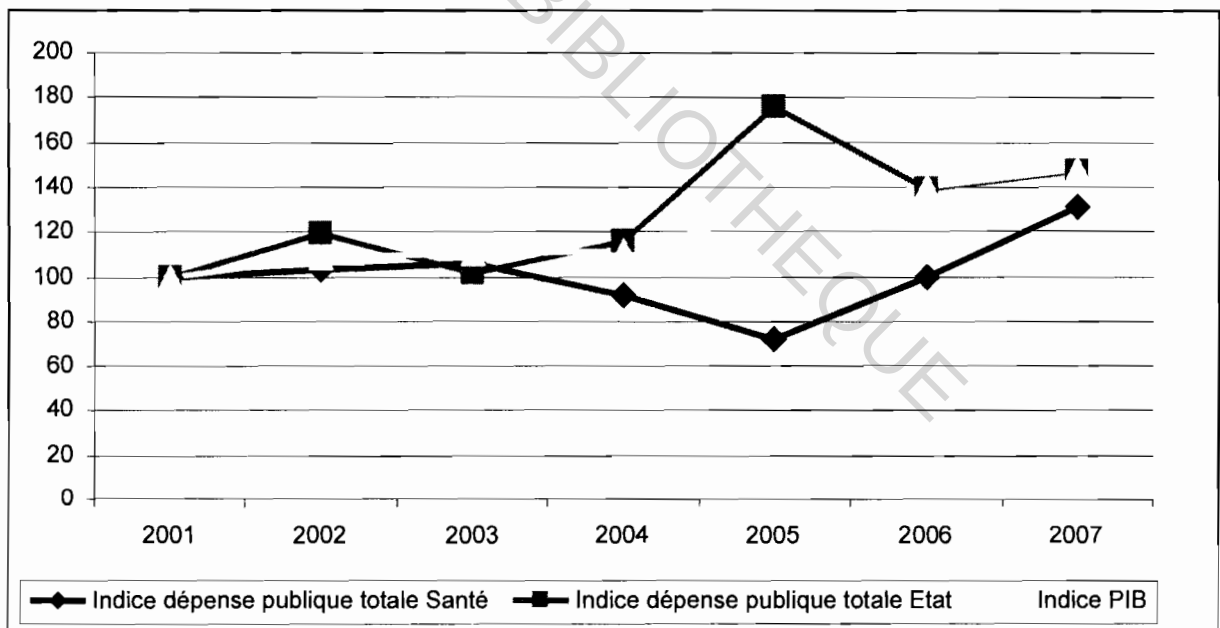
Graphique n°1 : Evolution de la dépense publique de santé en % de la dépense publique totale de l'Etat et du PIB, 2001-2007



Source : Tableau n°2 de l'annexe 1

Eu égard à la dépense publique de santé par habitant ci-dessus indiquée, on peut se demander si la santé constitue une véritable priorité de l'Etat ? En effet, si l'on doit considérer un secteur qui bénéficie de ressources financières budgétaires dont l'évolution est faible par rapport à celle de la dépense publique totale de l'Etat et celle du PIB comme secteur non prioritaire, on pourra sans hésiter qualifier la santé en tant que tel. L'accroissement important de la population et donc des besoins en soins n'est pas suivi d'une mobilisation conséquente de ressources en faveur du secteur. L'évolution de la dépense publique de santé ne suit pas celle du PIB et celle de la dépense publique totale de l'Etat. Le graphique n°2 ci-dessous indique les différences significatives qui existent entre les évolutions respectives des indices des trois variables. La courbe relative à l'indice du PIB se situe pratiquement en dessous de celle de la dépense publique de l'Etat à partir de 2002 et nettement au dessus de celle de la dépense publique de santé à partir de 2003 année où l'indice de ce dernier a amorcé une chute d'environ 14%.

Graphique n°2 : Evolution de la dépense publique de santé, 2001-2007



Source : Tableau n°3 de l'annexe I

Il y a lieu de noter cependant que la situation qui vient d'être décrite ne prend pas en compte les dépenses de santé non inscrites dans la Loi des Finances c'est-à-dire les dépenses de santé des projets et programmes à gestion directe des partenaires techniques et financiers (PTFs), des collectivités locales, des ONGs/Associations et les ressources du recouvrement des coûts

investies par les formations sanitaires publiques. En tenant compte de ces éléments, la dépense publique de santé par habitant passe à 8 472 Fcfa en 2007 soit 19,38 \$ US (avec 1 \$ = 437 FCFA). Il est à constater que même dans ce cas, la dépense publique de santé par habitant est largement faible par rapport au minimum requis préconisé en 2001 par la commission macroéconomique de l'OMS pour une offre de services de santé répondant aux besoins de la population. Cette situation doit attirer l'attention des décideurs politiques dans les prises de décisions des années à venir face à la relance des SSP recommandée par la Conférence Internationale sur les SSP tenue à Ouagadougou (Burkina Faso) en avril 2008.

1.2. Analyse de l'efficience allocative des dépenses de santé

L'efficience allocative des ressources fait partie, au même titre que la qualité des soins et l'efficience productive, des composantes principales de la performance de l'offre de soins. L'évaluation de l'efficience allocative permet de savoir si les ressources sont utilisées au mieux c'est-à-dire si elles sont allouées aux activités les plus utiles afin d'aboutir à une offre optimale de soins. Dans la présente analyse, nous allons nous intéresser à la répartition des ressources financières de l'Etat aux différents niveaux du système de santé. Plusieurs études réalisées dans les pays en développement dont la Revue des SSP dans la région africaine, OMS Afrique 2003 ont montré que les ressources sont plus allouées au niveau tertiaire et l'on pense qu'une réallocation de ces ressources vers le niveau primaire ou districts permet d'améliorer la santé de la population. Qu'en est-il donc du cas du Niger ?

Tableau n°1 : Répartition des ressources financières de fonctionnement par niveau du système de santé, année 2007

Niveaux	Montant	Part en %
Tertiaire (Administration centrale, hôpitaux et autres centres spécialisés nationaux)	18 129 608 981	88,34
Secondaire (Directions, maternités et hôpitaux régionaux)	1 296 344 641	6,32
Primaire (Districts sanitaires)	1 096 457 302	5,34
Total	20 522 410 924	100

Source : Ministère de la Santé Publique du Niger, données extraites du rapport de la revue des dépenses publiques de santé 2007

Sur la base des résultats de la Revue des Dépenses Publiques de Santé exercice 2007 sur la répartition des ressources financières de l'Etat pour le fonctionnement des services de santé, on s'aperçoit comme le montre le tableau n°1 ci-dessus que le niveau primaire des soins bénéficie d'une faible part des dépenses de santé (5,34%). Cependant, l'analyse inclut les dépenses des prestations telles que la masse salariale, l'eau, l'électricité, le téléphone et les médicaments et vaccins, etc. qui constituent des dépenses communes dont la gestion relève du niveau central. Autrement, la part du niveau tertiaire s'élève à 23,41%. En outre, les schémas de financement des investissements présentés dans la Revue des Dépenses Publiques de 2007 estimant l'ensemble des ressources financières dépensées pour la périphérie quel que soit le centre de gestion montrent une certaine priorité accordée aux soins de santé primaires. Les interventions des partenaires extérieurs supportent essentiellement ces derniers et les programmes prioritaires de santé. L'analyse a ainsi fait ressortir que le niveau primaire a bénéficié de 71,84% des ressources. Cependant, les chiffres mettent en exergue un faible degré de décentralisation de la gestion des ressources du secteur. En effet, le niveau primaire n'a géré que 12,7% des financements réalisés (81,7 milliards de FCFA contre 10,4 milliards de FCA). Cette faiblesse dans la décentralisation de la gestion des ressources ne favorise pas le développement du niveau primaire des soins de santé car elle est souvent source de désorganisation des activités du fait que les ressources ne sont souvent pas disponibles aux dates programmées.

La situation est beaucoup moins positive si on se réfère à l'exécution financière des Plans d'Action Annuels (PAA) 2008 présentée en annexes dans le tableau n°6 et montrant les niveaux central et régional se taillant la grosse partie des financements réalisés (75,31%). La part des districts sanitaires sur une dépense totale d'environ 41 milliards de FCFA, s'élevait seulement à 24,69% alors que le PDS dans ses axes prioritaires met l'accent sur le renforcement du premier niveau de soins avec le district de santé comme unité opérationnelle. En outre, le PAA constitue l'outil par excellence de l'approche de la gestion axée sur les résultats retenue dans le cadre de la mise en œuvre du PDS et sert de base à la signature des contrats de performance. Pourtant, tout cela n'a pas permis de plus privilégier le niveau primaire des soins de santé dans l'allocation des ressources plus particulièrement en termes de gestion de celles-ci. Le niveau primaire des soins de santé souffre aujourd'hui d'une insuffisance de compétences dans la mobilisation et l'utilisation des ressources voire pour la mise en œuvre d'un véritable programme de soins de santé primaires.

Eu égard à cette situation, l'on observe que beaucoup d'efforts restent à fournir pour parvenir à une efficience allocative des ressources c'est-à-dire une répartition favorisant plus les districts sanitaires, unités par excellence de développement des soins de santé primaires.

1.3. Etude de la couverture des besoins de soins de santé

Conformément à cette définition la présente analyse a pour objectif principal d'apprécier la capacité du système national de santé nigérien à offrir les soins nécessaires à l'amélioration de la situation sanitaire du pays. L'appréciation se base essentiellement sur les principes de la Stratégie des Soins de Santé Primaires notamment celui de l'accès universel aux soins de santé de base. L'analyse s'articulera ainsi autour de l'accès géographique aux centres de santé et de quelques indicateurs de couverture des besoins de soins de santé maternelle et infantile à savoir les soins prénatals, les accouchements assistés et la vaccination des enfants de 12-23 mois.

1.3.1. Accès géographique aux services de santé

Tableau 2 : Evolution de la couverture sanitaire de 2005 à 2008

Régions	Couverture sanitaire en 2005	Couverture sanitaire au 1 ^{er} semestre 2008
Agadez	42%	82%
Diffa	20%	47%
Dosso	39%	68%
Maradi	23%	35%
Tahoua	35,5%	37,5%
Tillabéri	37%	41%
Zinder	29%	34%
Niamey	63%	94%
National	50%	65%

Source : Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapport de l'évaluation interne à mi-parcours du PDS 2005-2010

L'accès des populations à des services de santé de qualité est l'une des orientations dominantes de la politique de santé du Niger. L'objectif visé est d'atteindre 80% de couverture sanitaire dans un rayon de 5 km d'une formation sanitaire en l'an 2011. Dans cette optique, des progrès ont été réalisés mais insuffisants par rapport aux besoins croissants qu'entraîne la forte croissance démographique. Comme le montre le tableau 2 ci-dessus la possibilité d'accéder aux services de santé demeure toujours limitée car encore 35 % de la population vivent au delà de 5 km d'un centre de santé. Ce problème a été mis en évidence

par l'EDSN-MICS III 2006 qui a montré que la distance au service de santé constitue un obstacle à l'accès aux soins de santé. En effet, parmi les personnes enquêtées, 51% ont notifié la distance au service de santé comme problème à l'accès aux soins. En outre, ce problème est beaucoup plus présent en milieu rural où la proportion qui évoque la distance comme problème d'accès aux services de santé s'élève à 58% contre 24% en milieu urbain. Ce problème est aussi beaucoup plus fréquent chez les pauvres (64%) que chez les riches (25%). Ce qui implique que ce sont les pauvres qui vivent plus dans les endroits les plus isolés et moins bien dotés en services de santé.

Tableau n°3 : Ratios personnel de santé/habitants comparés aux normes OMS en 2007

CATEGORIE	EFFECTIF	RATIO	NORMES OMS
Médecin	373	1 pour 36 019 habitants	1 pour 10 000
Infirmier	2 917	1 pour 4 606 habitants	1 pour 5 000
Sage-femme	713	1 pour 8 103 femmes en âge de procréer	1 pour 5 000

Source : Ministère de la Santé Publique du Niger, Direction des Ressources Humaines

A la faiblesse de la couverture sanitaire s'ajoute l'insuffisance du personnel de santé. Le tableau 3 ci-dessus qui présente les ratios du personnel de santé par habitant indique que les efforts de recrutement et de formation doivent être renforcés. Les ratios sont globalement en deçà des normes préconisés par l'OMS mais l'insuffisance est particulièrement prononcée pour le corps médical.

1.3.2. Analyse de quelques indicateurs de couverture des besoins de soins de santé maternelle et infantile

Dans tout système de santé, les services produits en faveur de la population sont multiples et variés et plusieurs types d'indicateurs peuvent être retenus pour apprécier sa performance. Cependant, la présente analyse qui se veut succincte et conforme aux composantes des SSP va porter uniquement sur quelques indicateurs en matière de santé de l'enfant et de santé de la femme notamment la vaccination, les soins prénatals et l'assistance médicale aux accouchements.

1.3.2.1. Santé de l'enfant

Tableau n°4 : Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés

Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés			
	1992	1998	2006
Niger	17%	18%	29%
Urbain	nd	nd	48%
Rural	nd	nd	25%
Quintile le plus riche	nd	nd	48%
Quintile le plus pauvre	nd	nd	20%

Source : Institut National de la Statistique du Niger, données extraites du rapport de l'EDSN-MICS III

Parmi les interventions sanitaires essentielles pour améliorer la santé de l'enfant figure la vaccination dont plusieurs études récentes ont montré le gain considérable eu égard à son excellent rapport coût-efficacité. Elle est ainsi devenue l'une des activités dominantes dans la production des soins de santé maternelle et infantile depuis que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que tous les enfants soient complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois contre les principales maladies endémiques les plus meurtrières qui sont: la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole.

Au Niger, à l'instar du reste du monde, la vaccination a bénéficié d'une attention particulière avec le développement d'un Programme Elargi de Vaccination (PEV). Les efforts déployés dans ce domaine ont permis une certaine amélioration de la situation. Le tableau n°4 ci-dessus qui présente des données des EDSN 1998 et 2006 montrent que des progrès sont réalisés ces dernières années en matière de vaccination. Cependant, le constat général qui se dégage est la faiblesse de la couverture vaccinale à laquelle s'ajoutent des disparités importantes entre milieux urbain et rural et entre riches et pauvres. En 2006, la proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés varie de 25% en milieu rural à 48% en milieu urbain et de 20% pour le quintile le plus pauvre à 48% pour le quintile le plus riche. Ce qui soulève la

problématique de l'accès des pauvres aux services de santé et va à l'encontre du principe de l'accès universel aux services de santé de la Stratégie des Soins de Santé Primaires.

1.3.2.2. Santé de la femme

Tableau n° 5 : Quelques indicateurs de couverture des besoins de santé maternelle

Proportion des femmes en grossesse ayant reçu des soins prénatals (CPN)				Accouchements assistés par du personnel médical (médecin, infirmier, sage-femme)			
	1992	1998	2006		1992	1998	2006
Niger	30%	40%	46%	Niger	15%		18%
Urbain	nd	90%	88%	Urbain	nd	nd	71%
Rural	nd	30%	39%	Rural	nd	nd	8%
Quintile le plus riche	nd	nd	83%	Quintile le plus riche	nd	nd	59%
Quintile le plus pauvre	nd	nd	36%	Quintile le plus pauvre	nd	nd	5%

Source : Institut National de la Statistique du Niger, données extraites du rapport de l'EDSN-MICS III

Les actions en matière de santé de la femme sont des actions essentielles pour la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile et aussi pour la réalisation de progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Aussi, la promotion de la santé de la femme constitue l'une des stratégies importantes retenues par le Niger pour le développement sanitaire de la première décennie du 21ème siècle. Le PDS 2005-2010 en fait un axe principal d'intervention.

Des progrès sont réalisés comme le montre le tableau n°5 ci-dessus mais les chiffres indiquent que l'offre des services en matière de santé de la femme demeure insuffisante. En 2006, moins de 50% des femmes en grossesse ont reçu des soins prénatals et seulement 18% des accouchements ont été assistés par du personnel qualifié. Par ailleurs, des disparités énormes subsistent entre milieux urbain et rural et entre riches et pauvres. Concernant les soins prénatals, la proportion des femmes qui les ont reçu est de 88% en milieu urbain et 39% en milieu rural. La répartition entre riches et pauvres donne respectivement 83% et 36%. En considérant les accouchements assistés, le fossé est encore plus grand. La proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié varie de 71% en milieu urbain à 8% en

milieu rural et de 59% pour les plus riches à 5% pour les pauvres. Comme pour la santé des enfants, le système se caractérise également par une iniquité dans l'accès aux services.

En résumé de cette partie, on peut aisément déduire que la performance du système de santé du Niger demeure encore faible. D'une part, le sous financement du secteur à laquelle s'ajoute l'inefficience allocative des ressources financières est défavorable à un développement des soins de santé primaire et l'insuffisance de l'offre des services est la conséquence de cette situation. D'autre part la disponibilité du personnel de santé, l'accessibilité géographique et l'utilisation des services de santé constituent des obstacles majeurs. En effet, le nombre d'habitants par agent de santé est très élevé et l'accessibilité géographique est aussi limitée. La faiblesse de la performance du système de santé fait qu'aujourd'hui encore le Niger présente des indicateurs de santé très faibles comparativement aux autres pays de l'Afrique au sud du Sahara. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont respectivement de 648 décès pour 100 000 naissances vivantes et 198‰ selon les résultats de l'EDSN-MICS III de 2006. Cette situation suppose que beaucoup d'efforts doivent être fournis pour améliorer l'état de santé de la population. Toutefois, si les problèmes d'accessibilité géographique et de disponibilité des ressources humaines peuvent être résolus par des interventions au niveau du système de santé ; l'utilisation, qui dépend dans une large mesure des comportements et du statut socio-économique des ménages, nécessiterait des stratégies qui rapprochent, autant géographiquement, financièrement que socialement, les services de santé des communautés.

CHAPITRE 2 : ANALYSE DES BESOINS DE FINANCEMENT D'UNE STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES APPROPRIEE

Par besoins de financement d'une Stratégie des Soins de Santé Primaires appropriée, il faut entendre des besoins estimés à la base. Nous allons ainsi présenter brièvement le processus de planification et nous intéresser aux Plans d'Action Annuels (PAA) des districts sanitaires qui sont une émanation de leurs Plans de Développement Sanitaire (PDSD). La synthèse qui est faite ici tente de présenter fidèlement une vue globale des besoins financiers estimés au niveau des districts sanitaires pour la satisfaction des besoins réels des populations en matière de soins de santé de base.

2.1. Etude synthétique des besoins exprimés dans les PAA de l'année 2008

Tableau n°6 : Prévisions budgétaires des PAA 2008 par niveau du système de santé

Niveaux du système de santé	Prévisions budgétaires	Part (%)
Primaire (Districts sanitaires)	17 073 400 540	29,19
Tertiaire et Secondaire (Administration centrale, hôpitaux et autres centres spécialisés nationaux, Directions, hôpitaux et maternités régionaux)	41 418 002 275	70,81
Total pays PAA 2008	58 491 402 815	100

Source : MSP du Niger, données extraites du rapport d'exécution du PDS 2005-2010, année 2008

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2005-2010, tous les districts ont élaboré des plans de développement sanitaire et ont privilégié à travers ces plans l'amélioration de l'accès des populations à des soins de qualité à travers le renforcement de l'existant notamment l'opérationnalisation des hôpitaux de district et le renforcement des services de santé de la reproduction. Ainsi, chaque district a fait dans son PAA des propositions relatives au renforcement/réhabilitation des formations sanitaires existantes, à la construction de nouvelles formations et à leur dotation en personnels, en équipement et en médicaments essentiels. Les propositions comprennent également d'autres activités comme celles d'encadrement et de gestion incluant la formation, la supervision, la mise en place d'organes communautaires ...

Pour la mise en œuvre de ces actions, les besoins en ressources financières sont estimés à un peu plus 17 milliards de FCFA pour le niveau primaire représentant l'ensemble des districts

sanitaires comme indiqué dans le tableau n°6 ci-dessus. En outre, l'analyse des ressources budgétaires planifiées en 2008 pour l'ensemble du secteur montre une plus importante allocation de ressources aux niveaux tertiaire et secondaire (70,81% du budget planifié). Cependant, cette situation cache certaines réalités notamment la faible décentralisation de la gestion des ressources. Le niveau central continue encore de planifier et de gérer à la place des districts sanitaires. Certaines interventions tels que les investissements lourds (infrastructures, matériel roulant, équipement ...), les médicaments et vaccins, les salaires qui bénéficient principalement aux districts sanitaires font l'objet d'une gestion centralisée. L'engagement à la décentralisation clairement affirmé par le pays dans le domaine de la santé est ainsi contrarié par cette situation où le niveau central hésite encore à déléguer une partie de ses prérogatives. En outre, on peut dire que le processus de planification demeure pour le moment peu solide pour permettre un développement du niveau primaire des soins avant la généralisation de l'exercice de micro planification instauré au niveau communautaire et la délégation de tous les pouvoirs de gestion aux districts sanitaires.

2.2. La mise en œuvre financière des PAA 2008

Le processus de planification sanitaire en cours dans le pays implique la définition d'objectifs stratégiques et opérationnels explicites à partir d'une analyse de la situation qui a permis d'identifier les principaux problèmes de santé et les obstacles que rencontre le système de santé dans la lutte contre les maladies. Aussi, la préoccupation principale demeure d'une part la définition de programmes d'activités conduisant à une utilisation rationnelle des ressources publiques et d'autre part la mobilisation de fonds suffisants pour la mise en œuvre des actions identifiées. Ceci étant, quel est en termes financiers le niveau d'exécution des PAA 2008 ? Les résultats mettent-ils en évidence une priorité accordée aux soins de santé primaires ?

Tableau n°7 : Exécution des PAA 2008 par niveau du système de santé

Niveaux du système de santé	Prévisions budgétaires	Dépenses réalisées	Taux de réalisation financière
Primaire (Districts sanitaires)	17 073 400 540	10 117 765 271	59,26%
Tertiaire et Secondaire (Administration centrale, hôpitaux et autres centres spécialisés nationaux, Directions, hôpitaux et maternités régionaux)	41 418 002 275	30 182 042 358	72,87%
Total pays PAA 2008	58 491 402 815	40 984 273 181	70,07%

Source : MSP du Niger, données extraites du rapport d'exécution du PDS 2005-2010, année 2008

En réponse à ces questions, le rapport annuel 2008 d'exécution du PDS met en évidence un niveau acceptable d'exécution financière des PAA 2008 (70,07%) et montre également qu'il s'agit d'une performance modeste comparée à celle de l'année 2007 qui a enregistré un taux d'exécution financière des PAA de 85,86% qui cache toutefois des insuffisances significatives de planification. En effet, en 2007, il est intervenu le financement par une ONG dans le cadre de la lutte contre les maladies négligées d'une quantité importante de médicaments (Zithromax) largement supérieure à la quantité planifiée. Cette situation a entraîné au niveau du programme médicaments une réalisation financière quatre (4) fois supérieure aux prévisions. Malgré cette insuffisance, on constate que les efforts en matière de réalisation financière des PAA restent acceptables mais doivent se poursuivre afin d'aboutir à une consommation effective des prévisions budgétaires, indicateur pertinent d'une meilleure gestion financière et condition nécessaire à la mise en œuvre des différents programmes d'activités retenus.

Par contre l'analyse de l'exécution financière des PAA 2008 montre que l'accent est beaucoup plus mis sur le niveau tertiaire comme indiqué dans le tableau n°7 ci-dessus. Ce qui implique qu'aux insuffisances du système telle que la faible décentralisation de la gestion des ressources mise en évidence au niveau de l'analyse de la planification des ressources budgétaires s'ajoute la faible mobilisation de ressources financières pour l'exécution des activités identifiées et planifiées par le niveau primaire ou les districts sanitaires.

CHAPITRE 3 : EVALUATION DE LA COHERENCE DES MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE AU NIGER A LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

La Stratégie des Soins de Santé Primaires issue de la Déclaration de la conférence d'Alma-Ata de 1978 consacrait les soins de santé primaires comme principale stratégie de réalisation de l'objectif de la santé pour tous projetée pour l'horizon 2000. Depuis lors, cette stratégie a gagné en priorité dans les politiques de développement sanitaire des pays particulièrement ceux dits en développement. Cependant, plusieurs études ont montré que les actions menées au nom de ladite stratégie ne respectaient pas pleinement l'esprit du cadre de référence défini à Alma-Ata. Eu égard à ces assertions, ce chapitre va élucider la situation au Niger à travers une description des principes des SSP, du financement de la santé du pays couplée d'une analyse comparative. Il permettra ainsi de répondre aux questions de départ du présent mémoire :

- les mécanismes de financement de la santé au Niger sont-ils cohérents avec la Stratégie des Soins de Santé Primaires ?
- en comptant sur le financement des populations, même pauvres, ne réduit-on pas la fréquentation, tout en favorisant le désengagement de l'Etat ?

3.1. Principes de la Stratégie des Soins de Santé Primaires

Les Soins de Santé Primaires définis en 1978 à Alma-Ata, s'entendent des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Ils se compose au minimum des activités ci-après : la promotion d'une nutrition correcte et d'un approvisionnement convenable en eau saine ; les mesures d'assainissement de base ; la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes pathologies infectieuses ; la prévention et la réduction des endémies locales ; l'éducation concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ; le traitement approprié des maladies et des traumatismes courants. On remarque que les Soins de Santé primaires

s'inspirent d'une vision globale de la santé cohérente à la définition de la santé par l'OMS formulée comme suit : « la santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé englobe donc tous les biens et services que les individus se procurent pour rétablir et améliorer leur bien-être physique et mental ou pour se prémunir contre son éventuelle dégradation. Cette définition met également en évidence la complexité de la santé, la multiplicité de ses déterminants qui échappent au contrôle du seul secteur sanitaire. Il y a donc lieu de composer avec l'ensemble des secteurs afin de permettre la réalisation des objectifs telles que l'équité et l'amélioration de la performance des systèmes de santé pour une meilleure santé de la population.

La Stratégie des Soins de Santé Primaires a été proposée pour améliorer la santé des plus démunies car si elle est mise en œuvre conformément aux principes énoncés et ci-dessous énumérés, elle offrait le moyen d'assurer un accès équitable aux soins de santé et une meilleure utilisation des ressources. Il s'agit de :

- l'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins;
- l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;
- la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé;
- l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Cependant, dans le cadre de la présente étude, nous allons nous intéresser aux principes ci-après :

- l'accès universel à travers lequel l'objectif visé est que chaque individu ait accès aux soins de santé selon ses besoins et indépendamment de sa capacité de payer.
- l'équité particulièrement en matière d'accès et de financement.

♦ *L'accès universel aux soins de santé*

Les Soins de Santé Primaires ont été proposés dans le but d'assurer à toute la population des soins de santé essentiels. Aussi, l'accès universel suppose une offre de soins à la portée de la communauté toute entière sur tous les plans (géographique, financier, culturel et fonctionnel).

Selon les définitions données en 1978 à Alma-Ata, l'accessibilité géographique signifie que la distance à parcourir, les temps de déplacement et les moyens de transport sont acceptables pour les usagers. L'accessibilité financière veut dire que les services sont abordables à la communauté et au pays quelles que soient les modalités de paiement. En d'autres termes, c'est lorsque le rapport entre le coût financier des soins pour le patient et son revenu, ne le conduit pas à renoncer aux soins. L'accessibilité culturelle signifie quant à elle que les méthodes techniques et questionnaires utilisées sont compatibles avec les caractéristiques culturelles de la communauté. Enfin, l'accessibilité fonctionnelle signifie que les soins soient à tout moment disponibles et accessibles à ceux qui en ont besoin et qu'ils soient dispensés par l'équipe de santé qu'il faut pour les assurer correctement.

Cependant, compte tenu des données à notre disposition, nous mettons plutôt dans notre analyse l'accent sur l'accessibilité géographique et financière.

♦ L'équité

D'après le Professeur Hervé LAFARGE, lorsque la performance d'un système de soins affecte indifféremment les différentes positions sociales d'une population, ce système est dit équitable.

Le concept d'équité renferme différentes notions qui se définissent comme suit :

- L'équité d'impact lorsque l'impact du système de soins est le même pour tous les individus quelque soit leur position sociale. L'impact est souvent mesuré par des indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile ou maternelle, années de vie corrigées d'incapacité perdues. Dans un système de soins équitable l'espérance de vie est la même pour tous les individus.
- L'équité d'utilisation où toutes les personnes présentant les mêmes besoins bénéficient des mêmes soins.
- L'équité contributive qui correspond à une situation où la charge financière des soins qui pèse sur les ménages, apparaît comme justement répartie entre les ménages. Le terme « juste répartition » a cependant plusieurs significations. Ainsi, la notion d'équité contributive le plus souvent retenue signifie une répartition de la charge des dépenses de santé proportionnelle au revenu ou à la capacité contributive.

En outre, on distingue d'une part l'équité horizontale qui signifie que des situations équivalentes doivent être traitées de façon équivalente. Ce qui correspond à la notion d'équité d'utilisation. D'autre part l'équité verticale qui signifie par contre que des situations différentes doivent être traitées de façon différente.

Quand la contribution au financement représente une part constante du revenu, quelque soit le revenu, on est dans le cas de l'équité horizontale et quand plus le revenu est élevé plus la contribution est élevée, on parle d'équité verticale qui renvoie à une situation où plus d'efforts sont faits pour les plus défavorisés.

Le contour du contenu de deux principes des Soins de Santé Primaires retenus étant fait, les paragraphes qui suivent vont permettre de mettre en évidence la situation au Niger, de procéder à une analyse comparative qui va fournir la synthèse des éléments de réponse aux questions de départ de la présente étude.

3.2. Situation au Niger et analyse comparative

Au Niger, comme dans les autres pays en développement, face aux difficultés économiques réduisant la capacité de l'Etat à générer les ressources nécessaires à la réalisation des objectifs de développement économique et social, 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'y remédier et assurer la pérennité des actions entreprises. Le financement du secteur repose ainsi sur plusieurs sources, internes et externes, publiques et privées.

En outre, de l'analyse de la situation sanitaire en termes de couverture des besoins de soins de santé et de financement faite au niveau des chapitres précédents de cette deuxième partie du présent mémoire on retient aisément, du point de vue politique, que les Soins de Santé Primaires constituent la stratégie retenue pour réaliser la principale mission dévolue au secteur de la santé qui est l'amélioration de la santé de la population.

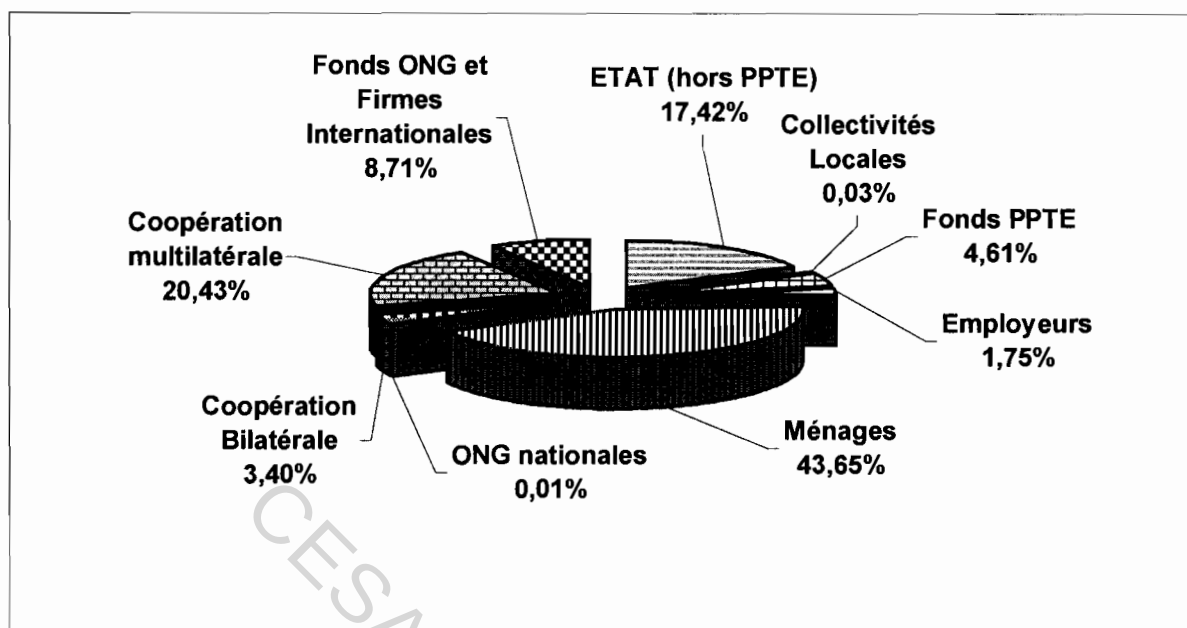
Cependant, le secteur de la santé rencontre toujours des contraintes qui limitent le développement des Soins de Santé Primaires.

Tout d'abord, en dépit des efforts appréciables fournis et des progrès significatifs réalisés, le secteur de la santé demeure sous financé (19,38 \$ US de dépense publique de santé en 2007)⁷ et souffre d'une gestion centralisée des ressources qui fait que la question de l'efficience allocative des ressources reste posée. Le niveau primaire des soins jouit d'une faible autonomie de gestion et de planification. Quand on considère la répartition des ressources de l'Etat pour le fonctionnement, ce dernier n'en a bénéficié que de 5,34%⁸. Du point de vue de l'ensemble des ressources financières dépensées au bénéfice des districts, seuls 12,7%⁹ ont été gérées par ces derniers. Ceci montre à quel point les ressources surtout celles relatives aux investissements continuent d'être gérées par le niveau central. Il en est de même pour les besoins planifiés. L'étude des PAA de 2008 montre que la part des districts sanitaires n'a représenté que 29,19% du total. La situation est beaucoup plus préoccupante quand on sait que les plans d'action des districts sanitaires sont moins financés. L'analyse de l'exécution des mêmes PAA fait ressortir un taux moyen de réalisation financière de 59,26% pour les districts contre 72,87% pour les niveaux tertiaire et secondaire. Eu égard à ces constats, on s'aperçoit que certaines dimensions de la politique préconisée à Alma-Ata sont insuffisamment mises en œuvre notamment les principes relatives à la gestion décentralisée et à l'allocation de ressources suffisantes au niveau primaire des soins de santé.

Ensuite, l'offre des soins est insuffisante (environ 35% de la population n'ont pas accès aux services de santé dans un rayon de 5 km)¹⁰ et se caractérise par des disparités importantes entre milieu urbain et milieu rural. Lors de l'enquête EDSN/MICS III de 2006, 58% des personnes du milieu rural interrogées contre 24% du milieu urbain ont cité la distance comme obstacle à l'accès aux services de santé. Cette raison est également évoquée par 64% des pauvres contre 25% des riches. Ces constats indiquent que les résultats des efforts réalisés en matière de couverture sanitaire de la population ne sont pas conformes aux messages d'accès universel et d'équité d'utilisation des services de santé qui avaient émané d'Alma-Ata.

7, 8, 9 MSP Niger, Rapport Revue des Dépenses Publiques 2007

¹⁰ MSP Niger, Rapport évaluation interne à mi-parcours du PDS 2005-2010

Graphique n°3 : Répartition de la dépense nationale de santé par source de financement

Source : Tableau n°8 de l'annexe I

Enfin, l'étude des dépenses de santé en termes de sources de financement va permettre d'apprécier d'avantage les résultats de la politique de santé du pays en matière de Soins de Santé Primaires. L'analyse de la dépense nationale de santé faite à travers les différents exercices des CNS notamment celui de 2005-2006 a fait ressortir comme indiqué par le graphique n°3 ci-dessus que les ménages nigériens malgré leur état de pauvreté (62,1% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté)¹¹, constituent la principale source de financement du secteur avec 43,65% des dépenses totales de santé en 2006. En outre, plus de 99% des dépenses des ménages représentent des paiements directs et seulement environ 1% des ressources passent par le système d'assurance maladie et les mutuelles de santé. Par contre, l'Etat, malgré la priorité accordée au secteur de la santé dans sa stratégie de réduction de la pauvreté n'a financé que 22,03% de la dépense nationale de santé en 2006 y comprises les ressources PPTE. Depuis l'instauration du recouvrement partiel des coûts des soins qui est une application de l'Initiative de Bamako, on note d'ailleurs un désengagement de l'Etat particulièrement en matière de médicaments. Situation qui a été mise en exergue par plusieurs études dont l'exercice 2006 de la revue des dépenses publiques de santé qui a fait ressortir que la part des dépenses de médicaments et vaccins reste faible et quasi stagnante (5,07% en 2005

¹¹ INS du Niger, Enquête QUIBB 2005

et 5,83% en 2006). Quant à l'extérieur, sa contribution au financement de la santé reste importante avec 32,54%. Les autres sources de financement (ONGs nationales, employeurs privés, collectivités locales) n'ont supporté que 1,79% du total de la dépense nationale de santé.

Cette situation où les paiements directs des ménages restent très élevés est défavorable à l'équité contributive et contrarie l'équité d'utilisation des services de santé qui est un principe fondamental de la Stratégie des Soins de Santé Primaires. En fait, à besoins égaux de soins, les plus pauvres renoncent en partie à les utiliser pendant que les riches les utilisent dans la proportion de leurs besoins. A titre illustratif l'EDSN/MICS III de 2006 indique pour quelques indicateurs de couverture de besoins de santé notamment les soins prénatals et l'accouchement assisté par un personnel qualifié des résultats répartis comme suit :

- 83% des riches ont reçu des soins prénatals contre 36% des pauvres,
- pour l'accouchement assisté par un personnel qualifié les proportions sont de 59% contre 5%.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Depuis 1978, toutes les politiques et plans de développement sanitaire du Niger mettaient en terme de formulation l'accent sur les Soins de Santé Primaires. L'objectif principal était l'accès des populations à des soins et services de santé de qualité en rapprochant autant que possible les centres de santé de ces dernières. Il s'agit donc, de renforcer le fonctionnement de l'existant tout en mettant en place progressivement et au plus près des populations un réseau d'institutions et de formations sanitaires ayant pour mission la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement des cas et la réhabilitation des patients. Dans cette optique des efforts appréciables ont été fournis à travers la mise en œuvre d'un programme important d'investissements. Quarante et deux (42) Districts Sanitaires (DS) ont été mis en place et au sein de ces derniers des réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI) et Cases de Santé (CS) ont été développés. Selon les résultats de l'évaluation interne à mi-parcours du PDS 2005-2010 réalisée de juin à septembre 2008, la couverture sanitaire du pays s'élève à 65% contre 32% en 1994.

Cependant, en dépit de la volonté politique d'opérationnaliser la Stratégie des Soins de Santé Primaires et des efforts fournis, l'on peut à l'issue de ce travail, retenir que la politique de financement de la santé au Niger présente assez d'insuffisances par rapport aux principes de la Stratégie des Soins de Santé Primaires. Les insuffisances se situent à plusieurs niveaux et peuvent s'énoncer dans l'ordre ci-après :

Premièrement, c'est le sous financement du secteur de la santé. Même si la tendance est à la hausse ces dernières années en matière d'allocation de ressources budgétaires au secteur de la santé, la dépense publique par habitant et par an qui s'élève à 19,38 \$ US en 2007 est inférieure au minimum (34 \$ US) recommandé en 2001 par la Commission macroéconomique de l'OMS. Aussi, nous restons sceptiques quand on sait que l'évolution des dépenses pour la santé ne suit pas celle de la richesse nationale. En effet, l'exercice 2007 de la revue des dépenses publiques de santé a fait ressortir que l'indice de la dépense publique de santé était en deçà de celui du PIB entre 2003 et 2007. Alors, vient la question de savoir si la santé constitue une véritable priorité de l'Etat ?

Deuxièmement, nous avons l'inégale répartition des ressources entre les différents niveaux du système de santé. La préférence est beaucoup plus accordée aux niveaux secondaire et tertiaire notamment si on s'en tient aux ressources de l'Etat pour le fonctionnement des services dont 5,34% seulement ont été consacrées aux districts sanitaires. Toutefois, le niveau central soutient de dépenser pour le niveau périphérique et dans ce cas de figure la répartition des dépenses montre une priorité accordée au niveau primaire dans un système de gestion centralisée. Ce qui ne confère pas au niveau primaire la pleine responsabilité des résultats et ne permet pas un développement des initiatives et des capacités favorables à l'épanouissement des Soins de Santé Primaires.

Troisièmement, la dépense nationale de santé est de plus en plus supportée par les ménages avec une prépondérance des versements directs. En 2006, les résultats des CNS ont montré que les ménages ont financé 43,65% de la dépense nationale de santé dont 99% étaient des paiements directs et ceci dans un contexte de pauvreté grandissante. Des résultats de l'enquête QUIBB 2005, il ressort que les non pauvres consacrent près de 8018,28 francs pour les dépenses de santé tandis que les pauvres ne consacrent que 1438,61 francs par tête, soit quatre fois moins que les non pauvres. Cette enquête définit comme pauvre une personne dont la dépense annuelle moyenne est inférieure ou égale à 144 750 FCFA si elle vit en milieu urbain, ou à 105 827 FCFA lorsqu'elle vit en milieu rural. Ce montant correspond à une dépense journalière de 397 FCFA en milieu urbain et à 290 FCFA en milieu rural.

En somme, ces constats qui viennent d'être décrits ont eu entre autres conséquences sur le système de santé du pays : l'insuffisance de l'offre des soins (environ 35% de la population n'ont pas accès aux services de santé dans un rayon de 5 km) qui est contraire au principe d'accès universel aux soins, l'iniquité contributive et l'iniquité d'utilisation des services de santé. Le milieu rural est insuffisamment doté en infrastructures sanitaires et l'importance des paiements directs constitue une situation où le risque d'exclure les pauvres est élevé.

Cependant, il faut se dire que ce qui vient d'être mis en exergue pour le Niger est également valable à quelques variations près pour les autres pays en développement notamment ceux de l'Afrique au Sud du Sahara. A propos, le rapport sur la revue des SSP dans la Région africaine de décembre 2003 indique que la plupart des pays africains ont fait des progrès considérables dans la mise en place d'un système de santé basé sur le modèle des SSP mais, le problème réside dans le fait que les politiques sont en déphasage avec leur mise en œuvre qui

varie aussi d'un pays à un autre. En matière de financement, le rapport décrie l'insuffisance des ressources face à la demande croissante en SSP en notant que seuls dix (10) pays y ont consacré plus de 34 \$ US par habitant, minimum recommandé en 2001 par la Commission macroéconomique de l'OMS pour des interventions essentielles en santé. A titre illustratif, selon les résultats des CNS, en 2003 la dépense par habitant a été estimée pour le Bénin à 26 \$ US et en 2004 pour le Burkina Faso à 25 \$ US. Dans le même ordre d'idées, le rapport sur la santé dans le monde de 2003 mentionne que les pays pauvres affectent à la santé à peine 1 à 3% de leur PIB.

En outre, la tendance est que les ressources continuent d'être plus allouées aux structures du niveau tertiaire. Par exemple, au Sénégal en 2005, les districts n'ont reçu que 42% du total des ressources publiques consacrées à la santé et sur ces 42% seulement 3% sont parvenus aux postes de santé qui constituent le premier recours des populations pauvres et rurales¹².

Aussi, à l'instar du Niger, tous les pays de l'Afrique au Sud du Sahara appliquent le système de recouvrement des coûts faisant supporter le coût des prestations aux usagers pour compenser le déficit chronique du financement du secteur de la santé publique. Cette pratique est exacerbée par la prédominance des paiements directs conséquence de la faiblesse de la couverture médicale dans ces pays. Les résultats des CNS ont montré au Bénin, au Burkina Faso et au Sénégal, que les ménages financent respectivement 52,1%, 45% et 38,9%. En Côte d'Ivoire, selon le mémoire de DESS en économie de la Santé, présenté par Serge Goli Yao, la part des paiements directs des ménages dans la dépense de santé se situe à 59%.

En résumé, fort de ce qui précède, il est difficile de soutenir que la politique de financement de la santé au Niger comme dans les autres pays en développement favorise le développement des SSP. Même s'il est vrai que les systèmes de santé sont bâtis sur la base du modèle des SSP et que des efforts appréciables ont été fournis pour rapprocher les services de santé de la population, beaucoup reste à faire pour satisfaire aux principes d'accès universel, d'équité contributive et d'équité d'utilisation des SSP.

¹² MSP du Sénégal, CNS 2005

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette réflexion qui a porté sur le financement des soins de santé au Niger et qui a été articulée autour des concepts d'équité dans l'allocation des ressources, d'équité contributive, d'équité d'utilisation et de l'accès universel, on retient que beaucoup reste à faire en matière de politique de financement de la santé pour garantir des soins de santé essentiels et de qualité à l'ensemble de la population.

Toutefois, comme la plupart des pays de la région africaine, le Niger a fait des efforts considérables pour intégrer les principes et les composantes des SSP dans son système de santé. Trente (30) ans après la conférence d'Alma Ata, l'organisation politique a considérablement changé et le dispositif sanitaire a été fondamentalement remanié. L'extension de la couverture sanitaire qui est passée de 32% en 1994 à 65% en 2008 dans le but de rapprocher les centres de santé de la population, la décentralisation avec la mise en place de districts sanitaires au nombre de quarante et deux (42) et une structuration de la participation communautaire sont toutes des actions qui vont dans le sens de la mise en œuvre des principes des SSP.

Malheureusement, si le cadre tracé à Alma Ata n'a pas changé, sa lecture et son interprétation ont évolué eu égard aux difficultés économiques auxquelles le pays est confronté. L'objectif de rapprocher les centres de santé de la population demeure toujours à l'ordre du jour car aujourd'hui environ 35% de la population n'ont pas accès à un centre de santé dans un rayon de 5 km. En outre, les ressources allouées au secteur, même si le schéma de financement estimant l'ensemble des dépenses pour la périphérie montre un privilège accordé au niveau primaire des soins, se caractérisent par une gestion centralisée qui ne favorise pas le développement des SSP. Aussi, la participation communautaire tend à être réduite à la participation financière des populations au financement des soins de santé à travers le recouvrement partiel des coûts et à la gestion des médicaments traduisant ainsi un désengagement de l'Etat de l'offre des soins de premier niveau. Cette situation a favorisé la prédominance des paiements directs des ménages dans un contexte où la politique de santé inclue très peu d'actions tendant à la mutualisation du risque maladie permettant d'améliorer l'accès des populations notamment les plus pauvres aux soins de santé.

En somme, l'on peut conclure que les mécanismes de financement de la santé au Niger ne sont pas cohérents aux principes des SSP bien que les politiques de santé jusque-là menées se fondent sur la Stratégie des Soins de Santé Primaires. En effet, la mise en œuvre de la stratégie des SSP implique le respect des principes que sont l'équité, la participation de la communauté, l'accès universel, une bonne technologie et la collaboration intersectorielle.

Il ressort donc clairement que notre étude est loin d'épuiser la question. Beaucoup de préoccupations relatives aux SSP restent en suspens et méritent qu'une revue complète de la mise en œuvre de la Stratégie des Soins de Santé Primaires soit réalisée. Ce qui permettra au Niger de partir sur des bases solides pour l'engagement renouvelé à ladite Stratégie dans le cadre de la réalisation des OMD comme recommandé lors de la Conférence Internationale sur les SSP tenue en novembre 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso). Au demeurant, l'objectif visé à travers cette réflexion est de contribuer à y parvenir et à mettre en place une politique appropriée de financement des soins de santé.

Ainsi, l'étude préconise les recommandations ci-après :

1. La traçabilité de l'allocation budgétaire à la santé notamment en vue d'améliorer l'efficacité des crédits délégués et de garantir l'efficience allocative des ressources

Cette opération doit ouvrir la voie à la mise en place de centres de responsabilité pour le niveau des SSP. Les CSI, les HD et les ECD seront ainsi définis comme des entités distinctes de gestion disposant chacune d'autorité pour négocier des allocations de ressources sur la base d'objectifs clairement définis et de capacité de gestion lui permettant de rendre compte de l'utilisation des ressources et de l'état de réalisation des objectifs. Pour ces raisons, il est essentiel de renforcer et de généraliser la micro planification déjà instaurée dans le système de planification et à partir de laquelle on pourrait construire un CDSMT qui va présenter les besoins de financement de la manière la plus détaillée prenant en compte les centres de responsabilité ci-dessus cités. Cette logique confèrera aux structures du niveau primaire des soins l'autonomie de gestion des ressources. Quant au niveau central, elle devra avoir comme mission principale le renforcement des capacités des centres de gestion mis en place, l'évaluation de leur performance et le suivi de l'utilisation des ressources.

2. L'accroissement des ressources budgétaires consacrées à la santé

Si aujourd'hui le pays fait face à un fossé entre l'offre et la demande de soins, c'est que le secteur de la santé reçoit insuffisamment de ressources et cela mérite une attention particulière des autorités nigériennes. Eu égard au rendez-vous du millénaire et à l'importance du secteur pour la réalisation des objectifs de la SDRP, il est nécessaire de procéder à une forte mobilisation de ressources en faveur de la santé. L'Etat doit accroître progressivement la part du budget de la santé pour atteindre les 15% du budget de l'Etat et mieux aligner l'allocation au CDSMT et y canaliser les ressources des partenaires techniques et financiers. Il doit également mettre à profit la décentralisation administrative en mettant en place un cadre formel de participation des collectivités locales au financement de la santé.

3. L'allégement de la charge directe des ménages

Les ménages constituent la première source de financement de la santé. Ce qui représente pour eux une lourde charge à cause surtout de la dominance des versements directs qui ont des effets négatifs sur l'utilisation des soins, en particulier chez les plus pauvres. Pour cela, des actions rigoureuses de la part des pouvoirs publics sont nécessaires pour le financement et l'organisation des soins de santé en vue de la réalisation des objectifs fondamentaux de la politique de santé dont le renforcement de l'équité. Une alternative salubre serait de développer des mécanismes de financement par l'impôt et/ou des cotisations d'assurance maladie, qui regroupent les risques. Ces mécanismes de financement favorisent l'accès aux soins de santé, même pour les groupes les plus vulnérables. En effet, dans un tel système de partage des risques, les populations bien portantes subventionnent les malades et les riches le font également pour les pauvres.

C'est pourquoi, il convient de renforcer le processus de mise en place des mutuelles de santé en cours dans le pays et tendre progressivement et rapidement vers l'instauration d'un système d'assurance maladie sociale ou assurance maladie universelle. Dans un souci d'autonomie et de pérennité de l'action, ce système pourrait être financé par la combinaison des dispositifs ci-après :

- La TVA pesant sur l'ensemble de la consommation est fiable même si elle est peu équitable. Elle est également une source de financement neutre à faible coût de

mobilisation et disposant d'une vaste assiette. A la TVA, on peut ajouter la taxe spécifique sur certains produits (alcool, tabac) ;

- L'impôt sur le revenu qui pourrait concerner pour le démarrage uniquement les revenus formels en attendant que les dispositions soient prises pour intégrer le secteur informel.
- Un fonds national de solidarité dont le mode de financement et de gestion est à définir selon une approche concertée entre les principaux acteurs du secteur de la santé.

Avant de s'engager pour ce dispositif assurantiel une étude de faisabilité devra être menée afin d'évaluer les capacités de financement à travers des simulations pour déterminer dans quelle mesure les sources ci-dessus proposées pourraient couvrir les besoins tout en évitant de produire des effets inflationnistes économiquement et socialement néfastes. Cependant, en prélude, le processus d'élaboration des CNS est à renforcer pour mieux estimer les versements directs des ménages qu'on cherche à réduire par l'instauration de l'assurance maladie universelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1	Ministère de la Santé Publique du Niger, Annuaire des Statistiques, édition 2006
2	Ministère de la Santé Publique du Niger, Plan de Développement Sanitaire 2005-2010
3	Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapport d'exécution du PDS 2005-2010, année 2007
4	Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapport d'exécution du PDS 2005-2010, année 2008
5	Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapport d'évaluation interne à mi-parcours du PDS 2005-2010, octobre 2008
6	Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapport d'évaluation externe à mi-parcours du PDS 2005-2010, décembre 2008
7	Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapports Revues des Dépenses Publiques de Santé, exercices 2004, 2005, 2006, 2007
8	Ministère de la Santé Publique du Niger, Données des Comptes Nationaux de la Santé 2005-2006
9	Institut National de la Statistique du Niger, Rapport de l'enquête EDSN/MICS III, 2006
10	Institut National de la Statistique du Niger, Rapport de l'enquête QUIBB (Questionnaire des indicateurs du bien être), 2005
11	OMS Bureau Régional de l'Afrique, Rapport sur la revue des SSP dans la Région Africaine, décembre 2003
12	OMS Bureau Régional de l'Afrique, Rapport de l'atelier interne sur les SSP et systèmes de santé, septembre 2007
13	OMS Bureau Régional de l'Afrique, Rapport de la cinquante sixième session du Comité Régional, 28 août – 1 ^{er} septembre 2006
14	OMS Genève, Rapport sur la santé dans le monde, 2008
15	OMS Genève, Rapport sur la santé dans le monde, 2003
16	OMS Genève, Rapport de la Conférence sur les SSP, Alma-Ata 1978
17	Comité Régional OMS du Pacifique Occidental, Rapport de la 59 ^{ème} session, 22-26 septembre 2008
18	OMS Europe, Rapport de la 58 ^{ème} session du Comité Régional 15-18 septembre 2008
19	OMS Europe, Rapport intitulé « Quels sont les avantages et les inconvénients de restructurer un système de santé de manière à ce qu'il soit plus axé sur les services de soins primaires ? », édition janvier 2004
20	Jean-Claude BERTHELEMY et Juliette SEBAN, Article intitulé « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement », Revue d'économie du Développement de Boeck Université 2009/1-2, N° 23, p. 33-71
21	Jean-Claude BERTHELEMY et Juliette SEBAN, Article intitulé « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement » paru dans la Revue d'économie du Développement de Boeck Université 2009/1-2, N° 23, p. 33-71
22	M. AUDIBERT, J. Mathonnat, E. De Roodenbeke, Article intitulé « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », édition Médecine Tropicale 2004
23	J. L DUPONCHEL, Article intitulé « Bilan des soins de santé primaires », édition Médecine Tropicale 2004 ; 64 : 533-538
24	Serge GOLI Yao, Mémoire de DESS en Economie de la Santé « Analyse du financement de la dépense de santé en Côte d'Ivoire », avril 2004
25	Valéry Ridde et Florence Morestin, Article intitulé : « Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique », Université de Montréal

ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux d'analyse de la dépense publique de santé.

Les tableaux de 1 à 6 ont été extraits du rapport de la Revue des Dépenses Publiques, exercice 2007

Tableau 1 : Répartition des dépenses de fonctionnement par niveau en 2007

NIVEAU	REGION / STRUCTURES	LOI DES FINANCES INITIALE	ORDONNANCEMENT	TAUX EXECUTION
Autres Ministères				
	Autres administrations	1 005 955 000	651 834 911	64,80%
Niveau Central		20 295 657 000	18 332 276 905	90,33%
	Administration Centrale	1 638 223 000	629 181 110	38,41%
	Dépenses communes	10 815 763 000	9 812 983 035	90,73%
	Transferts courants	123 735 000	548 719 295	443,46%
	PPTE	1 841 853 000	1 702 963 215	92,46%
	Médicaments et vaccins sans les vaccins PPTE	1 699 401 000	1 461 750 250	86,02%
	Contributions aux organisations internationales (T4)	44 985 000	13 521 306	30,06%
	allocations et concours	85 600 000	85 274 424	99,62%
	Hospitalisations	256 800 000	240 257 166	93,56%
	Evacuations à l'étranger (T4)	465 450 000	465 113 585	99,93%
	salaires	6 796 556 000	6 968 820 059	102,53%
	Médicaments consommables médicaux et produits SR	769 401 000	532 646 418	69,23%
	Vaccins (PPTE)	300 000 000	300 000 000	100,00%
	Vaccins	400 000 000	399 935 619	99,98%
	Lutte contre les épidémies (médicaments, vaccins)	530 000 000	529 168 213	99,84%
	Formation spécialistes (T4, PPTE)	623 902 000	546 301 855	87,56%
	Appui aux divers programmes	211 357 000	167 227 551	79,12%
	Appui à la santé de base(salaires contractuels, T4, PPTE)	817 951 000	767 776 158	93,87%
	Appui mise en place attachés médicaux (T4)	26 750 000	26 749 896	100,00%
	Carburant	87 633 000	57 645 199	65,78%
	entretien matériel roulant	200 000 000	199 866 213	99,93%
	Revue des dépenses	27 820 000	24 244 551	87,15%
	Plan de Développement sanitaire	46 010 000	20 568 148	44,70%
	Lutte contre l'Oncho	19 260 000	12 325 130	63,99%
	Appui à la promotion de la recherche	10 700 000	6 489 291	60,65%
	Appui à la lutte contre le palu (PPTE)	100 000 000	88 885 202	88,89%
	Paiements pour la gratuité des soins	3 000 000 000	124 540 000	4,15%
	Prise en charge des coopérants	52 000 000	43 334 508	83,34%
	EPA (T4)	4 176 682 000	4 176 680 000	100,00%
Niveau Intermédiaire & Opérationnel		3 536 343 000	2 736 435 874	77,38%
	Agadez	289 778 000	218 301 595	75,33%
	Diffa	279 805 000	220 379 967	78,76%
	Dosso	422 925 000	335 860 643	79,41%
	Maradi	486 236 000	382 071 579	78,58%
	Tahoua	621 154 000	464 448 213	74,77%
	Tillabéri	489 519 000	369 587 951	75,50%
	Zinder	661 201 000	518 303 413	78,39%
	Niamey	285 725 000	227 482 513	79,62%
Total				
Total fonctionnement MSP		23 208 098 000	20 522 410 924	88,43%
Total général		24 214 053 000	21 174 245 835	87,45%

Tableau 2 : Evolution de la dépense publique de santé en % de la dépense publique totale de l'Etat et du PIB (en millions de FCFA)

ANNEES	Dépense Santé Total	Dépense Publique Totale Etat	PIB	Dépense publique de Santé en % de:	
				Dépense Publique Totale Etat	PIB
2001	31 119	177 280	1 329 400	17,55	2,34
2002	32 029	211 581	1 439 500	15,13	2,22
2003	32 974	179 109	1 466 200	18,41	2,24
2004	28 466	204 815	1 474 900	13,89	1,93
2005	22 270	311 113	1 711 460	7,16	1,30
2006	30 906	245 925	1 859 000	12,57	1,66
2007	40 652	260 856	1 968 500	15,58	2,07

Tableau 3 : Evolution des indices PIB, Dépense publique de l'Etat et Dépense publique de santé

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PIB, FCFA courants	1 329 400	1 439 500	1 466 200	1 474 900	1 711 460	1 859 000	1 968 500
Dépense publique totale de l'Etat, FCFA courants	177 280	211 581	179 109	204 815	311 113	245 925	260 856
Dépense publique de santé, FCFA courants	31 119	32 029	32 974	28 466	22 270	30 906	40 652
Indice PIB	100	108,3	110,3	110,9	128,7	139,8	148,1
Indice dépense publique de l'Etat	100	119,3	101,0	115,5	175,5	138,7	147,1
Indice dépense publique de santé	100	102,9	106,0	91,5	71,6	99,3	130,6

Tableau 4 : Evolution du taux d'exécution du budget

ANNEES	BUDGET		TOTAL	EXECUTION				TOTAL EXECU	%
	FONCTION- NEMENT	INVESTIS- SEMENT		FONCTIONNEMENT		INVESTISSEMENT			
					Taux exécution		Taux exécution		
2001	21 178	16 714	37 892	17 627	93,20%	13 492	80,72%	31 119	82,12
2002	21 607	15 989	37 596	19 287	92,62%	12 743	79,70%	32 030	85,19
2003	16 511	33 789	50 300	11 442	69,30%	21 532	63,72%	32 974	65,55
2004	17 241	18 825	36 066	13 475	78,16%	14 991	79,63%	28 466	78,92
2005	20 799	8 254	29 053	15 080	72,50%	7 190	87,11%	22 270	76,65
2006	21635	14707	36342	18436	85,28%	12470	84,79	30906	85,04
2007	22 584	25 656	48 240	20 522	90,87%	20 130	78,46%	40 652	84,27%

Tableau 5 : Source de financement de la dépense publique totale, niveau district, année 2007

Districts	Etat	Ressources PPTE	Collectivité	Population	ONGs nationales	PTFS y compris ONGs internationales	Total
Agadez Commune	14 735 091	14 000 000		24 407 889	1330000	62 500 077	116 973 057
Arlit	29 606 001	13 500 000	33 745 225	17 214 360		73 869 741	167 935 327
Tchiro	48 604 260	55 125 000	265 000	26 209 582		154 325 982	284 529 824
Diffa Commune	22 523 336	21 000 000		28 304 162	751200	113 922 028	186 500 726
Mainé Soroa	26 819 600	14 000 000	1 620 000	24 891 740		126 661 270	193 992 610
N'guigmi	44 858 520	28 000 000		3 408 689		123 965 257	200 232 466
Boboye	27 820 378	35 000 000		83 620 564		138 615 370	285 056 312
Dosso Commune	23 562 542	73 400 000	913 000	49 306 243	600000	180 530 334	328 312 119
Doutchi	37 259 911	14 000 000	1 944 000	107 671 515		266 862 693	427 738 119
Gaya	30 082 048	88 580 000	3 485 600	88 407 332		179 215 915	389 770 895
Loga	25 865 715			29 336 947		156 253 122	211 455 784
Aguié	19 653 951	35 000 000	25 000	31 309 414		298 926 054	384 914 419
Dakoro	27 534 564			31 092 842		197 396 064	256 023 470
Guidan Rounджи	20 857 243	35 000 000		78 695 675		241 231 040	375 783 958
Madarounfa	19 383 501			115 420 276		55 580 500	190 384 277
Maradi Commune	17 854 415	0		29 196 507		64 263 114	111 314 036
Mayahi	25 422 443	35 000 000	2 450 000	62 726 742		271 760 696	397 359 881
Tessaoua	24 464 410	62 300 000	960 000	45 284 098		280 813 618	413 822 126
Niamey I	24 565 390		19 725 153	32 321 390		102 211 068	178 823 001
Niamey II	25 527 436		3 495 647	80 009 413		156 577 062	265 609 558
Niamey III	21 157 412			49 611 005		73 602 084	144 370 501
Abalack	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Bouza	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Illéla	24 916 310		1 647 690	76 950 150		150 692 856	254 207 006
Keita	25 103 116		506 000	62 337 582		158 926 510	246 873 208
Konni	22 533 856		1 298 250	89 595 282	5 980 964	133 264 619	252 672 971
Madaoua	28 746 531			54 730 233		110 806 859	194 283 623
Tahoua Commune	12 835 161			72 892 622	110 122 925	246 585 742	442 436 450
Tchinta	16 922 335	150 000 000	2 037 000	31 253 000		177 084 103	377 296 438
Fillingué	40 463 113	12 000 000	1 152 000	97 095 115		284 938 333	435 648 561
Kollo	24 635 200			36 188 306		157 149 694	217 973 200
Ouallam	30 045 044	12 000 000	2 006 000	74 091 075		154 216 560	272 358 679
Say	32 971 399			64 299 652	59 563 200	197 379 386	354 213 637
Téra	57 160 615		4 724 420	nd	nd	nd	61 885 035
Tillabéri Commune	nd	nd	nd	nd	nd	93 484 924	93 484 924
Goué	15 414 120	7 000 000	2 400 000	36 725 148		185 174 074	246 713 342
Magaria	53 907 227			68 361 201		201 789 963	324 058 391
Matameye	38 579 172			55 425 671		131 263 959	225 268 802
Mirriah	48 220 834		2 340 000	77 072 734		380 786 318	508 419 886
Tanout	41 997 254	28 000 000	2 337 316	28 115 458		158 045 125	258 495 153
Zinder Commune	23 847 848		1 200 000	15 513 915		102 996 239	143 558 002
Total	1 096 457 302	732 905 000	90 277 301	1 979 093 529	178 348 289	6 343 668 353	10 420 749 774

Tableau 6 : Source de financement de la dépense publique totale, niveau région, année 2007

Régions	Etat	Ressources PPTE	Collectivité	Population	ONGs nationales	PTFS y compris ONGs internationales	Total
Agadez	286 920 343	82 625 000	34 010 225	67 831 831	1330000	657 995 537	1 130 712 936
Diffa	209 977 587	121 172 450	1 620 000	56 604 591	751200	459 496 898	849 622 726
Dosso	410 721 791	210 980 000	36 342 600	358 342 601	600000	1 518 956 359	2 535 943 351
Maradi	155 170 527	167 300 000	3 435 000	393 725 554		1 409 971 086	2 129 602 167
Niamey	215 842 031		23 220 800	161 941 808		587 699 691	988 704 330
Tahoua	307 834 986	150 000 000	9 268 940	387 758 869	110 122 925	1 099 204 988	2 064 190 708
Tillabéri	366 560 464	24 000 000	11 894 420	271 674 148	59 563 200	1 139 394 629	1 873 086 861
Zinder	439 774 214	35 000 000	8 277 316	281 214 127		1 370 527 107	2 134 792 764
Total	2 392 801 943	791 077 450	128 069 301	1 979 093 529	172 367 325	8 243 246 295	13 706 655 843

Tableau n°7 : Mise en œuvre financière des PAA 2008, niveau district

Districts	Prévisions financières	Dépenses réalisées	Taux de réalisation
Gouré	442 031 537	320 186 813	72,44%
Magaria	364 899 353	173 981 368	47,68%
Zinder Commune	293 141 716	76 337 456	26,04%
Matamey	323 144 004	200 277 122	61,98%
Mirriah	731 374 110	381 924 790	52,22%
Tanout	449 524 712	168 995 620	37,59%
Agadez Commune	128 443 861	37 489 833	29,19%
Arlit	224 108 610	45 136 899	20,14%
Bilma	150 104 742	30 935 948	20,61%
Tchiro	390 477 655	78 505 945	20,11%
Diffa	350 579 142	113 358 753	32,33%
Maïné-Soroa	295 936 113	197 685 692	66,80%
N'guigmi	323 139 742	105 613 006	32,68%
Boboye	386 416 974	290 369 246	75,14%
Doutchi	611 160 065	398 651 293	65,23%
Gaya	379 809 308	242 430 043	63,83%
Dosso	501 629 661	319 849 105	63,76%
Loga	278 550 899	222 986 250	80,05%
Niamey Commune I	312 969 945	256 273 181	81,88%
Niamey Commune II	288 271 387	204 588 199	70,97%
Niamey Commune III	319 648 286	132 482 561	41,45%
Aguie	693 744 180	498 117 056	71,80%
Maradi Commune	211 619 693	463 386 972	218,97%
Dakoro	284 050 734	232 836 644	81,97%
Madarounfa	292 546 852	119 204 242	40,75%
Mayahi	448 110 872	323 526 013	72,20%
Tessaoua	430 675 835	255 122 061	59,24%
G. Roumdji	341 642 003	237 267 862	69,45%
Abalack	253 147 082	57 327 961	22,65%
Bouza	444 816 465	377 007 433	84,76%
Illéla	373 113 498	318 833 248	85,45%
Keïta	304 229 258	183 159 593	60,20%
Konni	444 107 075	239 154 468	53,85%
Madaoua	737 591 526	321 656 948	43,61%
Tahoua Commune	583 695 616	415 920 478	71,26%
Tchinta	528 138 847	167 685 684	31,75%
Filingué	516 175 585	378 828 272	73,39%
Kollo	536 813 747	250 327 077	46,63%
Ouallam	556 073 970	262 308 390	47,17%
Say	480 202 902	288 414 513	60,06%
Téra	693 744 180	498 117 056	71,80%
Tillabéri	373 798 799	231 504 177	61,93%
Total	17 073 400 540	10 117 765 271	59,26%
Total pays PAA 2008	58 491 402 815	40 984 273 181	70,07%
Niveaux central et régional	41 418 002 275	30 866 507 910	72,87%
Part des districts		24,69%	
Part des niveaux central et régional		75,31%	

Source : Ministère de la Santé Publique du Niger, Données de l'évaluation des PAA 2008

Tableau n°8 : Répartition de la dépense de santé par source et agent de financement, année 2006

	Fonds Publics (F.S.1)				Fonds Privés (F.S.2)			Reste du Monde (F.S.3)			TOTAL	
	Fonds Administrations Publiques (F.S.1.1)		Autres Fonds Publics (F.S.1.2)		Employeurs (F.S.2.1)	Ménages (F.S.2.2)	INSBL (F.S.2.3)	Fonds Coopération (F.S.3.1)		Fonds ONG et Firmes Internationales (F.S.3.2)		
	Fonds Administration centrale (F.S.1.1.1)	Fonds des Collectivités territoriales/Locales (FS.1.1.2)	Fonds PPTE (FS.1.2.2)	Coopération Bilatérale (FS.3.1.1)				Coopération multilatérale (FS.3.1.2)				
Administration Publique (HF.1.1)	Administration Centrale (HF.1.1.1)	Ministère de la Santé Publique (HF.1.1.1)	19 746 997 681	5 348 083 732					3 751 976 028	23 514 195 577	7 557 002 255	59 918 255 273
		Autres Ministères et Institutions (HF.1.1.2)	479 503 002							162 454 677		641 957 679
	Collectivités Territoriales/Locales (HF.1.1.3)		32 021 512									32 021 512
Administration Sécurité sociale (HF.1.2)						765 463 890						765 463 890
Mutuelles de santé (HF.2.1.3)							284 439 530					284 439 530
Sociétés d'assurances Privées(HF.2.2)						1 271 513 714	6 570 712					1 278 084 426
Versements directs des ménages (HF.2.3)							50 403 977 687					50 403 977 687
ONG Nationales (HF.2.4.1)								16 033 245	191 517 647	48 766 648		256 317 540
ONG, Fondations et Firmes internationales (HF.3.2)											2 552 776 869	2 552 776 869
Total			20 226 500 683	32 021 512	5 348 083 732	2 036 977 604	50 694 987 929	16 033 245	3 943 493 675	23 725 416 902	10 109 779 124	116 133 294 406
%			17,42%	0,03%	4,61%	1,75%	43,65%	0,01%	3,40%	20,43%	8,71%	100,00%

Source : MSP du Niger, CNS 2005-2006

Annexe 2 : Quelques indicateurs de couverture des besoins de santé

Proportion des femmes en grossesse ayant reçu des soins prénatals (CPN)				Vaccination antitétanique			
	1992	1998	2006		1992	1998	2006
Niger	30%	40%	46%	Niger	23%	34%	41%
Urbain		90%	88%	Urbain			34%
Rural		30%	39%	Rural			21%
Quintile le plus riche			83%	Quintile le plus riche			36%
Quintile le plus pauvre			36%	Quintile le plus pauvre			18%
Accouchements assistés par du personnel médical (médecin, infirmier, sage-femme)				Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés			
	1992	1998	2006		1992	1998	2006
Niger	15%		18%	Niger	17%	18%	29%
Urbain			71%	Urbain			48%
Rural			8%	Rural			25%
Quintile le plus riche			59%	Quintile le plus riche			48%
Quintile le plus pauvre			5%	Quintile le plus pauvre			20%

Source : données extraites du rapport de l'EDSN/MICS III 2006

Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles les résultats de ce travail ont été partagés

1. Docteur MOUSSA Fatimata, Ministre de la Santé Publique du Niger
2. Docteur KISI MUNDIETE Adrien, Docteur en Médecine, Chirurgie et Accouchement, Master en santé Publique- Organisation et gestion des systèmes de santé, Assistant Technique à la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé Publique (DEP/MSP)
3. Monsieur Moussa Bizo, Economiste de la Santé à l'OMS Bureau Niger
4. Oumar Bah, Assistant technique appui budgétaire au MSP, Niger
5. Monsieur Ousmane Oumarou, Chef de la Division Etudes et Programmation à la DEP/MSP
6. Docteur Pascal Mariama à l'UNFPA Bureau Niger

CESAG - BIBLIOTHEQUE