

Inverse Care Law ? Inégalités de soins et services de santé ? Quel impact pour la gratuité de soins aux enfants de moins de 5 ans au Niger ?

Ocquet H S ; Labat A; † Dujardin B; Doudou H M; Janssen W, Weber L

Ministère de la Sante Publique Niger

Coopération Technique Belge, Niger

Université Libre De Bruxelles, Belgique

MOTS CLES : inégalités des soins, gratuité

KEY words: inequalities of care, free

Résumé :

L'accès aux soins est l'un des critères de la qualité d'un système de soins. L'un des défis majeurs auxquels le système de santé du Niger fait face est celui d'offrir à la population, des prestations de qualité dans un esprit d'équité et de justice sociale. L'instauration de la gratuité est de permettre aux classes vulnérables d'avoir accès aux soins de bases de qualité. Et d'après inverse care Law, les riches bénéficient davantage des services de soins de qualité (plus que les pauvres). Dans un contexte d'accessibilité physique au Niger avec une répartition inégale des infrastructures sanitaires, (couverture sanitaire à 47%), les pauvres sont aussi souvent éloignés des structures de soins où ils pourraient bénéficier cette gratuité. Selon les résultats de cette présente étude, tous les enfants de moins de cinq ans du quintile faible et moyen ont une faible couverture de prise en charge comparativement aux enfants de moins de cinq ans appartenant aux quintiles les plus élevées. La réduction des inégalités serait un défi à relever au niveau de systèmes de santé au Niger pour s'approcher de la couverture universelle de soins de santé.

Summary :

Access to care is one of the criteria of the quality of care. One of the major challenges facing the Niger health system is to offer the population quality in a spirit of equity and social justice. The introduction of free education is to enable vulnerable groups have access to the basics of quality care. And after inverse care Law, the rich benefit more from quality care services (more than the poor). In a context of physical accessibility in Niger with an uneven distribution of health facilities, (health coverage to 47%), the poor are also often distant care structures where they could benefit from this free care. According to the results of the present study, all children less than five years of low and middle quintile have low coverage of support compared to children less than five years belonging to the highest quintile. The reduction of inequalities would be a challenge at the level of health in Niger systems to approach universal coverage of health care.

1. Introduction

Il est de coutume de dire que la santé n'a pas de prix mais elle génère des coûts, pour l'individu et pour la collectivité. Quel que soit son statut socio-économique tout individu est appelé tôt ou

tard à recourir à des soins liés à son état de santé. Et tout individu riche ou pauvre, instruit ou non, a droit à préserver sa santé et devrait avoir accès aux soins dans un contexte d'équité garantie. Cette équité en santé se définit comme l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographique (OMS site web) [1].

En 2010, 1,3 milliards¹ de pauvres dans le monde n'a aucun accès aux services de santé. La réduction des inégalités constitue le défi prioritaire des systèmes de santé dans tous les pays du monde mais sans doute avec encore plus d'acuité et d'urgence dans les pays moins avancés en termes de développement socio-économiques et d'indice de développement humain [2]. C'est pourquoi, en Afrique, après les indépendances, pour permettre cet accès à tout le monde, les soins de santé ont été rendus partiellement gratuits, surtout pour les soins de base. La paupérisation croissante des populations, liée à une augmentation de la charge de la morbidité, à l'insuffisance des ressources financières, à la faible croissance économique et à une gestion inadéquate du secteur public [3] a contribué aux dysfonctionnements des systèmes de santé qui occasionne une augmentation des paiements directs « out of pocket » pour les soins, ce qui crée un obstacle à l'accès aux soins essentiels.

L'un des défis majeurs auxquels le système de santé du Niger fait face est celui d'offrir à la population, des prestations de qualité dans un esprit d'équité et de justice sociale qui sont un ensemble des principes qui définissent une répartition des ressources, matérielles ou symboliques, plus équitable ou plus égalitaire au sein d'un groupe afin d'accroître le bien-être collectif et la cohésion du groupe. Deux conceptions de la justice sociale dominant : la première axée sur la recherche de l'égalité d'accès à la solidarité collective; la seconde axée sur la recherche de l'équité. L'équité est une mise en œuvre différenciée des principes d'égalité en tenant compte des caractéristiques sociales de l'individu ou du groupe en vue de tendre vers une égalité effective[5]. Au Niger ce défi doit être relevé dans un contexte : i) de pauvreté, avec environ 60% des nigériens vivant avec moins d'un dollar par jour dont 33% dans l'extrême pauvreté [6]; ii) d'approches de financement de la santé qui ont montré leur limite, soit du fait de la difficulté d'accès financier des populations (recouvrement des coûts), soit de l'insuffisance de financement lié à la gratuité des soins à certaines populations vulnérables et au niveau de l'allocation budgétaire globale de l'Etat à la santé qui est de 7% en 2012 (devrait être 15% selon la déclaration d'Abuja).

¹ Rapport sur la santé dans le Monde – OMS ; 2010

À l'instar des autres pays d'Afrique, le Niger a souscrit aussi aux stratégies proposées par l'OMS pour la mise en place des Soins de Santé Primaires en 1978 (SSP), l'adhésion à l'initiative de Bamako en 1987 et la gratuité de soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en 2006. [6]. Malgré ces initiatives, on assiste aujourd'hui au Niger à une insuffisance de l'offre et de la qualité des services et soins occasionnée par la faiblesse du financement du secteur, de l'insuffisance de mécanisme de mutualisation de risque et du faible revenu des ménages.

Les principes de gratuité de soins introduits au Niger en 2006 ont eu pour objectif de solutionner les problèmes d'équité, de qualité et d'efficacité des services, de durabilité des actions, en particulier pour les couches les plus vulnérables et les plus pauvres de la population. Cependant, les premières observations montrent on a constaté que la gratuité a bénéficié surtout aux enfants et aux femmes, qui sont les plus proches des formations sanitaires [7]. En plus les références et les évacuations n'ont pas été prises en compte. Dans un contexte de 47% de couverture sanitaire où 80 % des populations vivent en zone rurale, la gratuité ne saurait garantir l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables.

Les plus pauvres habitent en général dans les zones où les services de santé ne sont pas disponibles, difficilement accessibles ou sont de qualité médiocre [7]. La gratuité ne serait donc favorable que pour les populations les plus aisées et/ou les plus proches des services de santé.

L'accès financier des populations pauvres aux soins de santé dans les formations sanitaires publiques et privées reste très insuffisant du fait des paiements directs réclamés aux patients [8]. Parmi les facteurs exogènes, il faut aussi retenir le niveau de pauvreté des ménages et l'insuffisance d'organisation et d'adhésion des populations aux mécanismes de protection sociale leur permettant d'avoir plus accès aux services de santé.. Selon une enquête réalisée au Niger en 2012, seulement 2 % des femmes et des hommes ont déclaré posséder une assurance médicale [3].

La problématique ne se réduit cependant pas aux coûts des soins de santé et à la capacité financière des ménages, elle concerne aussi la politique de financement mis en œuvre dans l'allocation des ressources mobilisées et mises en commun. En effet, la mise en commun des ressources permet de réaliser des subventions croisées entre riches et pauvres, entre bien portants et malades. Ces initiatives sont en train de voir le jour au Niger qui se distingue par la mise en place d'un fonds de solidarité, les mutuelles de santé.

Notre question est : « comment démontrer au Niger l'écart d'accès aux soins entre les riches et pauvres dans un contexte de la gratuité des soins aux enfants 0 – 5 ans ? »

1.1. L'objectif général de l'étude est de :

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé surtout au bénéfice des classes vulnérables au Niger

1.2. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Analyser l'utilisation de services chez les enfants de moins de 5 ans en fonction de leur situation socio-économique et de leur éloignement des services de soins
- Formuler des propositions concrètes nécessaires à l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

1.3. Hypothèse 1 :

les enfants de 0 à 5 ans bénéficient de manière équitable de la gratuité de soins.

1.4 Hypothèse 2 :

les enfants vivant en milieu urbain bénéficient plus de la gratuité de soins

2. Méthodologie utilisée :

Pour évaluer l'effet de la gratuité sur l'accès aux services de soins, une revue des données a été réalisée. Cette revue a été rendue disponible grâce aux données de l'enquête EDSN 2012 sur les enfants de 0 à 5 ans et des Comptes Nationaux de la Santé du Ministère de la Santé Publique 2012. Les informations des enfants de 0 5ans proviennent d'un échantillon de l'EDSN-MICS IV 2012 qui est un échantillon de ménages représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. L'échantillon pour cette étude est composé de 8 506 ménages. Le nombre d'enfants rentrant dans la cadre de traitement d'IRA est de 823, traitement de la diarrhée 1589 et utilisation de moustiquaires contre le paludisme 11 425.

Pour les informations sur les dépenses de ménages, de l'Etat, les données de comptes de la santé 2012 ont été prises en compte. En plus la situation de la gratuité a été rendu disponible à partir du rapport de la gratuité au Niger en 2012.

3. Traitement des données

Ces données sur les enfants 0-5 ans ont été compilées dans un tableur Excel et traitées via le logiciel SPSS. Le traitement a été réalisé en partie par Excel et par l'outil Adept². L'outil permet de se concentrer sur la préparation des données, l'interprétation des résultats et sur l'analyse des

² Est un gestionnaire de paquets, ou plus exactement un simple programme, gratuit qui permet d'automatiser la production de tableaux et de graphiques standardisés. C'est un outil qui permet de faire la distribution des services de santé entre les classes sociales

implications de politiques de santé. Cet outil nous a servi pour le traitement des données. L'exercice a été réalisé avec le concours de la Banque Mondiale au Niger qui nous a assuré la formation à utilisation de l'outil Adept.

Période de l'enquête **documentaire** : du 10 janvier au 28 février 2015

4. Généralités :

Organisation du Système de Santé au Niger

Le système de santé au Niger a été bâti selon les principes de l'organisation des soins de santé recommandé par l'OMS qui comprend trois niveaux : (i) à la base, les soins de santé primaires (SSP), fournis par des structures de premier contact pour la majorité de la population ; (ii) au second niveau, les soins secondaires fournis par les hôpitaux régionaux, et (iii) au troisième niveau, des soins tertiaires offerts par des hôpitaux nationaux et centres de référence. A chaque niveau correspond une structure de régulation : le District Sanitaire pour le premier niveau, la Direction Régionale pour le niveau secondaire et les EPA/EPIC et le Ministère de la Santé Publique pour le niveau tertiaire.

En ce qui concerne la situation sanitaire du Niger, les dernières années, un progrès a été enregistré pour certains indicateurs d'impact (Mortalité infanto-juvénile) et sur la plupart des indicateurs de performance (taux de couverture vaccinale de 18% en 1998 à 52 % en 2012). Mais les progrès ne permettent pas d'atteindre les OMD d'ici 2015. Ainsi la mortalité chez les enfants se présente comme suit : la mortalité infanto juvénile (0 à 59 mois) est passée de 198 ‰ (EDSN - MICS 2006), à 127‰ en 2012 ; la mortalité néonatale est passée de 33‰ à 27‰ en 2012 pour un objectif national de 22‰ [11]. Les principales causes de mortalité infanto juvénile sont : le paludisme (69,29%) la pneumonie (19,40%), les diarrhées avec déshydratation (3,33%), et représentent 92% de la mortalité globale des enfants de moins 5 ans. Tout cela sur un fond de malnutrition aigüe avec une prévalence de 14,8% en 2010 [9]. La déshydratation, la malnutrition et les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement.

Ce qui montre bien que malgré les soins primaires et les « progrès » mentionnés plus haut ces maladies sont encore beaucoup trop responsables de la mortalité.

Cadre institutionnel :

L'organisation du système de santé, calquée sur le découpage administratif du pays, est structurée de la manière suivante :

- ✓ la gouvernance du système de santé est assurée au niveau national par l'administration centrale du Ministère de la Santé Publique,
- ✓ au niveau régional, huit (8) directions régionales de la santé publique (DRSP) assurent la coordination et le suivi des actions de santé et apportent leur appui technique aux districts placés sous leur responsabilité
- ✓ au niveau périphérique, l'action sanitaire repose sur 42 équipes cadres de districts sanitaires (DS). La participation de la communauté et de la société civile est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les associations et les mutuelles de santé.

Les prestations de service sont assurées par un réseau d'établissements de soins structuré en trois (3) niveaux hiérarchisés.

- ✓ **au niveau périphérique**, 842 Centres de Santé Intégrés (CSI) dont 838 fonctionnels (99,52%) auxquels sont rattachées 2499 cases de santé dont 2368 fonctionnelles (94,76%). Les soins de 1^{ère} référence sont assurés par 33 **hôpitaux de district**, dont 28 sont dotés d'un bloc opératoire.
- ✓ **au niveau régional**, les soins de 2^{ème} référence sont assurés par 6 hôpitaux régionaux, et 2 maternités régionales de référence, 7 Centres Mères et Enfants construits et équipés fonctionnels à partir de 2014.
- ✓ **au niveau national**, on dénombre trois (3) hôpitaux nationaux et une maternité nationale de référence, dotés tous de statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA). Outre ces structures publiques gérées par le Ministère en charge de la Santé Publique, le système de santé comprend des établissements confessionnels et privés (283) principalement orientés vers les activités curatives et concentrés dans les centres urbains. Il n'existe pas encore de structures privées formelles de soins de santé en zones rurales. Il comprend 57 cliniques privées, 36 cabinets médicaux et 5 hôpitaux privés. Une vingtaine de Programmes Nationaux et de Projets de santé apportent des appuis stratégiques aux prestataires à tous les niveaux de la production des soins qui sont au niveau central [9].

5. Présentation de résultats

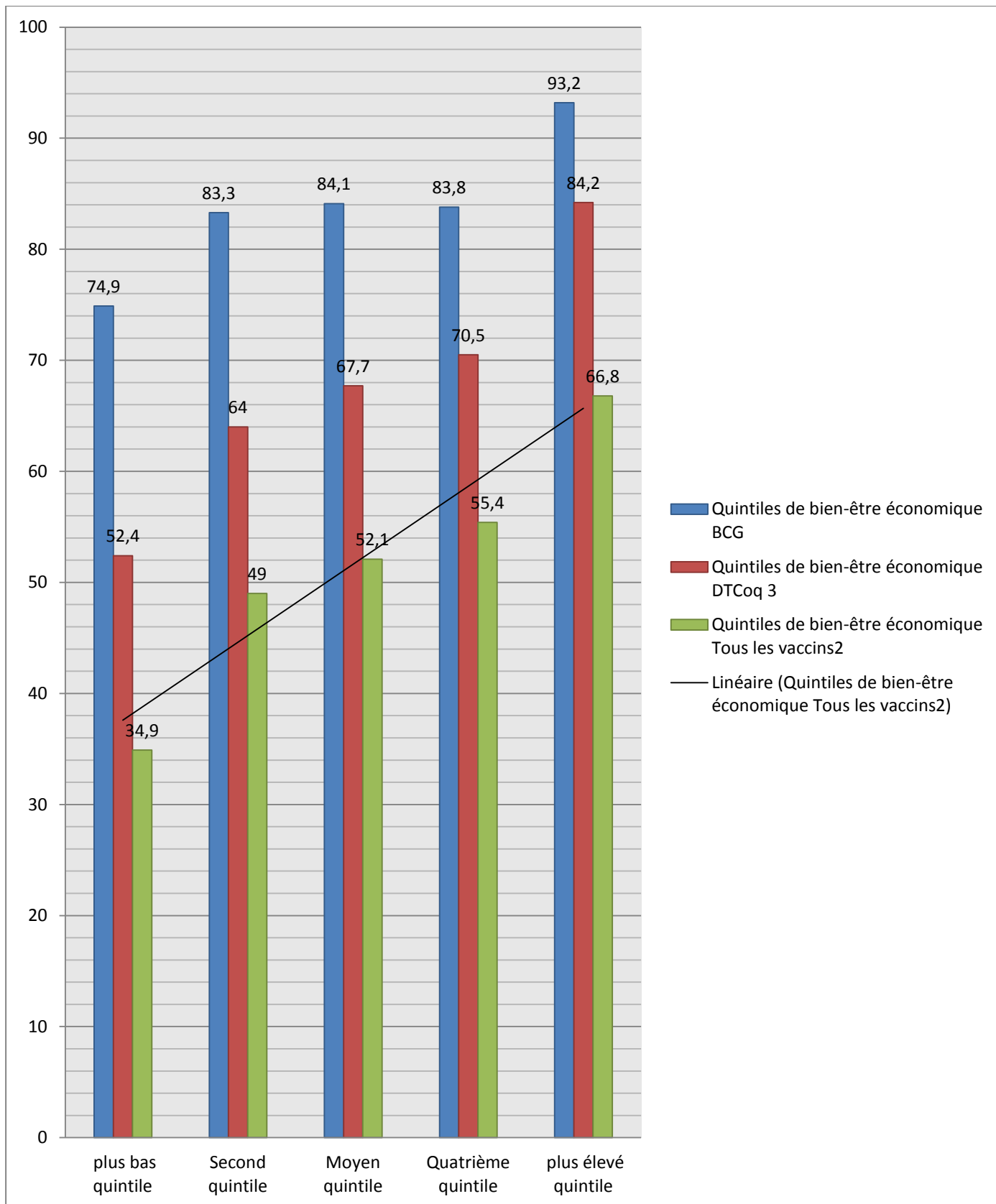
Résultats : Analyse de la distribution de l'offre de santé et de l'utilisation de services chez les femmes et les enfants de moins de 5ans.

Tableau 1 : écarts-types des répartitions de l'offre de soins par milieux (urbain et rural)

résidence	enfant sous SRO	enfant sous MII	enfant (12-23 mois) complément vacciné
Urbain	0,498	0,379	0,698
écart type	0,03	0,01	0,02
Rural	0,471	0,187	0,501
écart type	0,02	0,00	0,01

Ce tableau démontre que les différences entre milieux rural et urbain sont statistiquement significatives (faibles écart type observés)

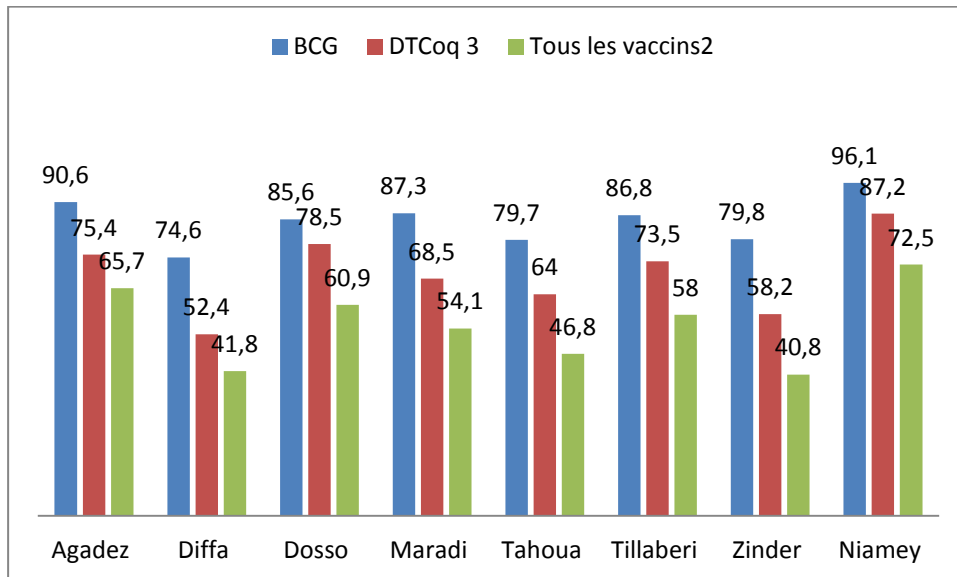
Utilisation des services de santé selon les caractéristiques de ménage : la vaccination chez les enfants



Graphique I : Répartition de couverture vaccinale par caractéristiques ménage (par quintile, richesse):

Ce graphique nous montre que les enfants les plus riches sont mieux protégés contre

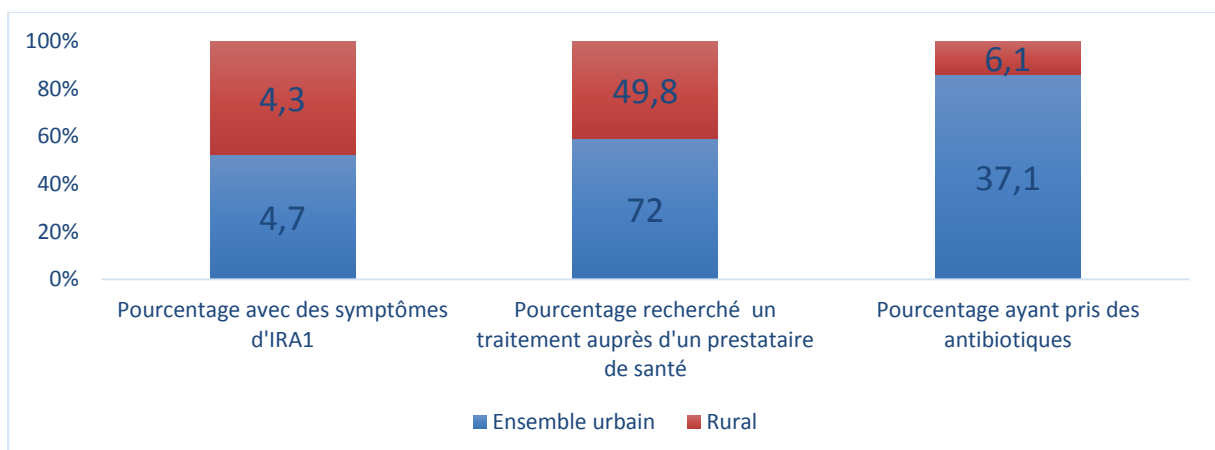
les maladies à protection vaccinale que les moins aisés. la courbe linéaire montre nettement la tendance.



Graphique 2 : Répartition de couverture vaccinale par caractéristiques ménage (région)

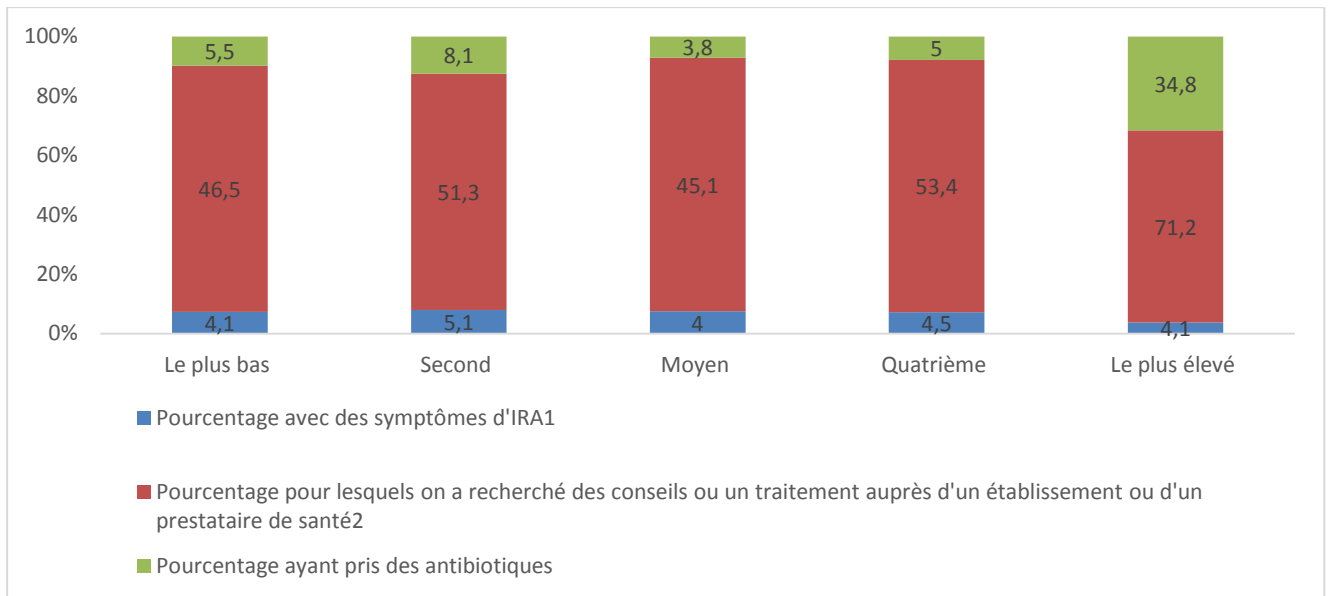
Les enfants de la région d'Agadez et de Niamey ont une couverture vaccinale plus (significative que les enfants des autres régions probablement dû au fait de la différence de niveau de vie et de la proximité d'un service de santé qualifié.

Utilisation des services de santé selon les caractéristiques de ménage : la prise en charge de l'IRA



Graphique 3 : Répartitions du traitement par caractéristiques ménage (milieu en %)

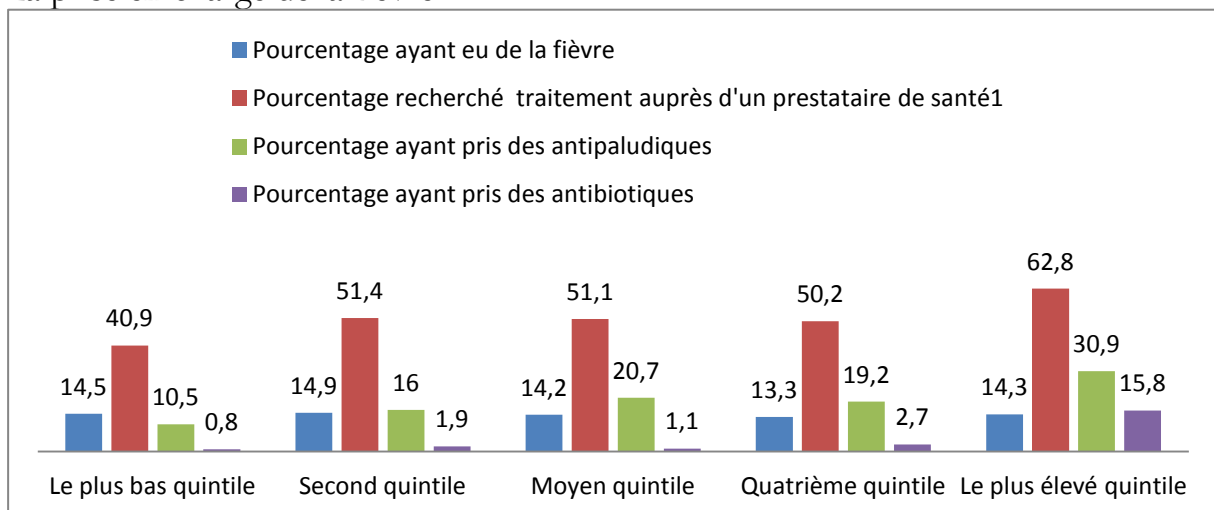
Les enfants qui vivent en zone urbaine ont plus de chance de bénéficier d'une prise en charge pour IRA que ceux vivant en zone rurale, ce qui pourrait être dû à la disponibilité d'une offre de services de santé en proximité.



Graphique 4 : Répartitions du traitement d'IRA par caractéristiques ménage par quintile (richesse)

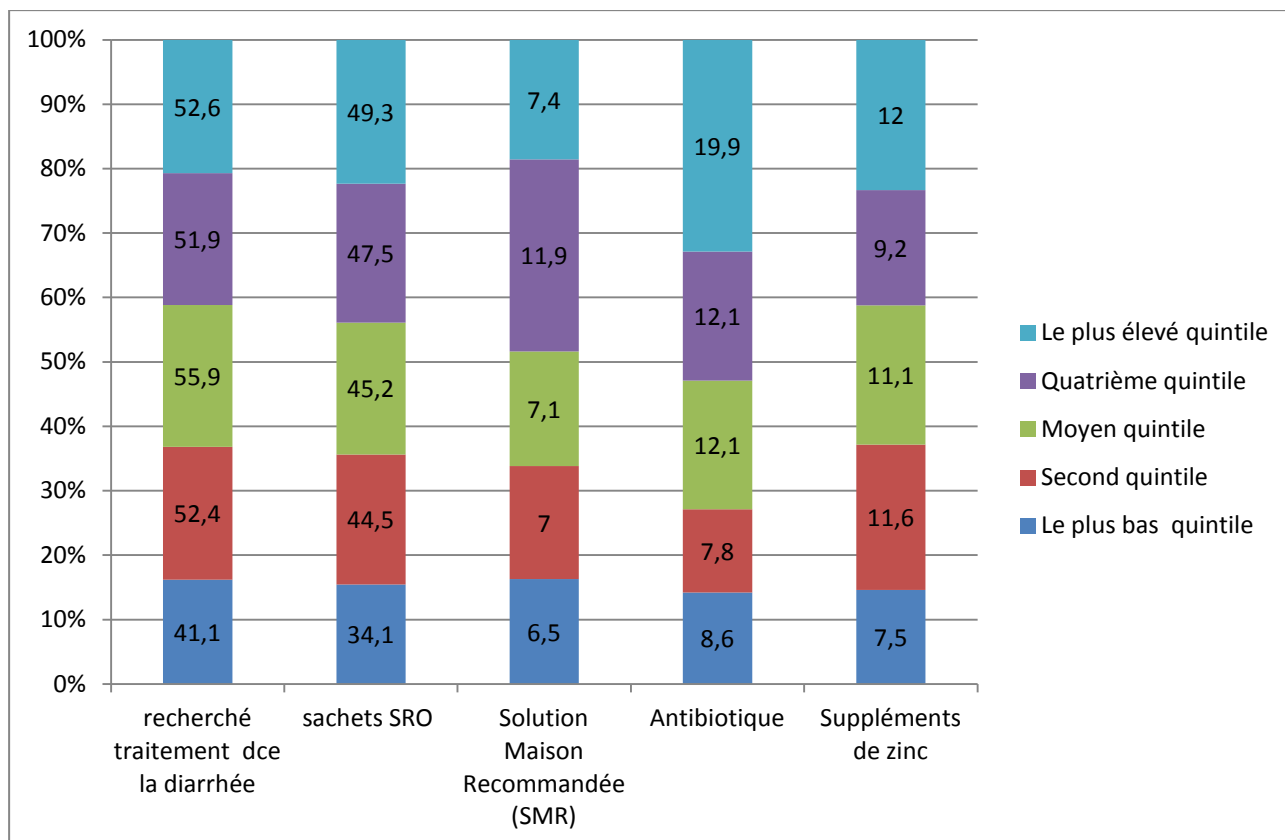
Les enfants dans la catégorie la plus riche reçoivent plus de traitements appropriés pour les IRA que les enfants de la catégorie pauvre. Souvent le fait de prendre aussi des antibiotique ne sous entend pas que l'enfant est mieux traité. Car dans IRA, il y a une majorité de maladies qui ne nécessitent pas de l'antibiotique.

La prise en charge de la fièvre :

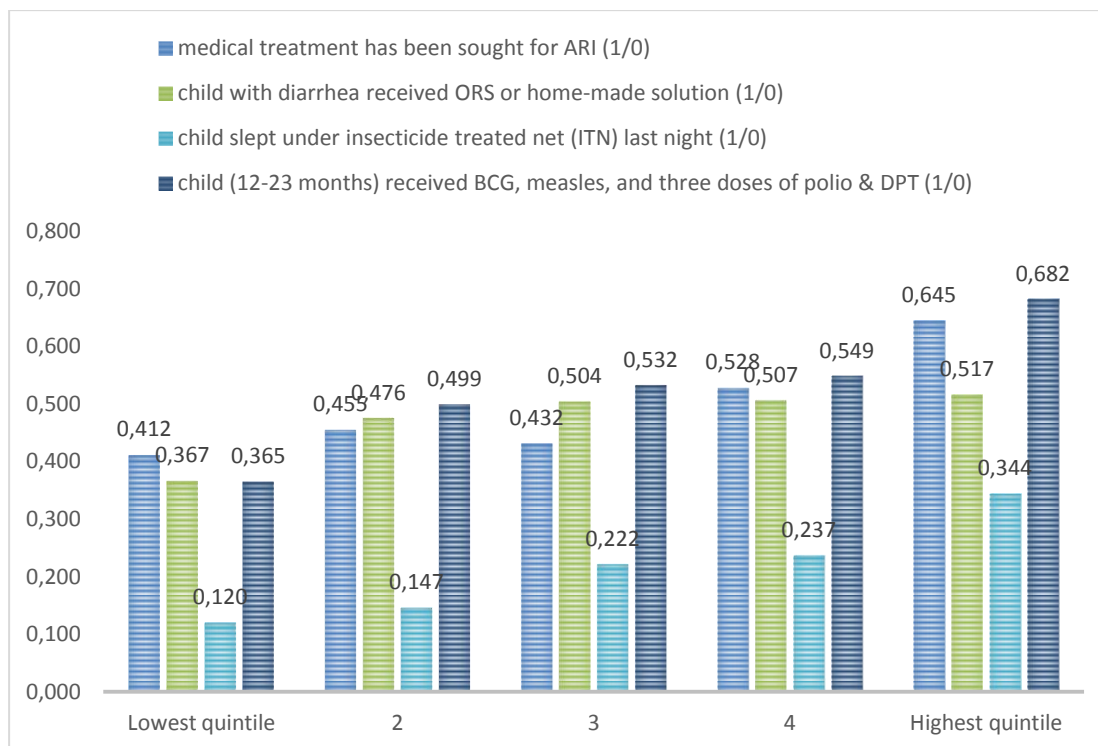


Graphique 5 : Répartition du traitement de la fièvre par caractéristiques ménage (milieu et richesse)

Les enfants les plus riches et vivants en zone urbaine bénéficient de plus de soins en cas de paludisme que ceux vivants en zone rurale et milieu pauvre.

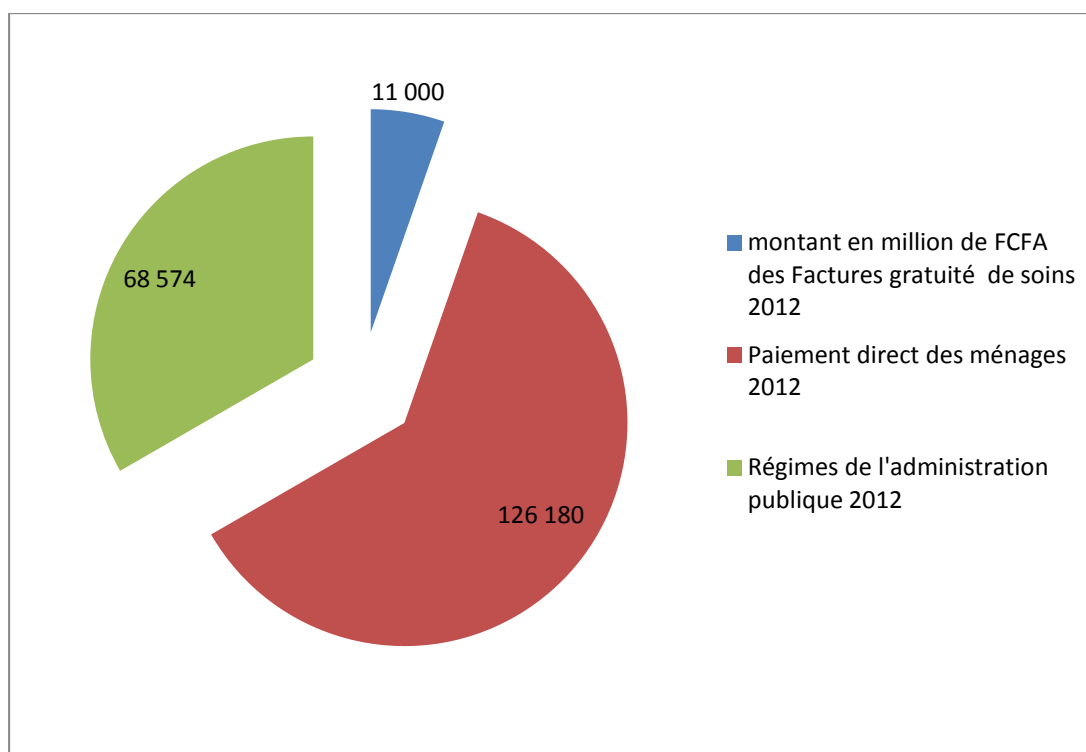


Graphique 6 : Répartition du traitement de la diarrhée par caractéristique ménage (richesse)
 Les enfants appartenant au quintile le plus riche bénéficient de plus de soins et services de santé en 2012 au Niger. La gratuité en elle-même ne permet pas de répartir les soins aux enfants de 0 à 5 ans de manière équitable.



Graphique 7 : Inégalités dans l'utilisation des services chez les enfants de 0 à 5 ans

Ce graphique montre que les soins sont limités à la population pauvre ou en l'éloignement du centre de santé. Les soins vont aux enfants les plus aisés que les enfants de pauvres. Pour ce qui est de la vaccination, il montre que les enfants des quintiles les plus riches sont presque deux fois plus susceptibles d'avoir été complètement vaccinés que les enfants des quintiles les plus pauvres.



Graphique 8 : Dépenses des services en 2012 (source CNS/MSP)

On constate que les ménages occupent une place importante en matière de financement de la santé malgré l'effort de l'État et de ses partenaires et leur état de pauvreté (48,2% de la population nigérienne vivent en dessous du seuil de pauvreté)³ cette situation aurait un effet sur le système de santé en influençant négativement la demande des services de santé et la qualité de soins.

6. Discussion

L'accès aux soins est un des critères de la qualité d'un système de soins. Malgré la réduction des mortalités infanto-juvénile et maternelle les dernières années, la santé des mères et des enfants reste extrêmement préoccupante. L'État a décidé depuis 2005 de rendre les soins de base gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, tout comme les chefs d'États africains l'ont recommandé dans la déclaration de l'Union Africaine à Kampala en 2010. Ces initiatives avaient pour aussi objectif de solutionner les problèmes d'équité, de qualité et d'efficacité des services, de durabilité des actions, en particulier pour les couches les plus vulnérables et les plus pauvres de la population. Force est de constater d'après notre analyse de février 2015 que la gratuité au Niger sans aucune autre mesure d'accompagnement, ne garantit pas l'accès équitable aux soins de santé.

³ INS, le Niger en chiffres

Dans un contexte d'accessibilité physique difficile au service de santé, les pauvres sont certes particulièrement vulnérables mais sont aussi souvent éloignés des structures de soins où ils pourraient bénéficier cette gratuité ; tous les enfants du quintile faible et moyen ont une faible couverture de prise en charge comparativement aux enfants appartenant aux quintiles les plus élevées. Cette situation vient confirmer l'hypothèse 2 que le poids des maladies non traitées touchent plus les plus pauvres entre autres par le fait d'une part qu'ils vivent dans les zones les plus reculées et mal desservies par les services de santé (couverture sanitaire de 47%), d'autre part parce qu'ils renoncent aux soins par manque de ressources financières et de mécanisme de mutualisations des risques maladies.

Les résultats de l'étude fait ressortir que les enfants de moins de 5 ans souffrant de maladies infectieuses et parasitaires (IRA, diarrhée et paludisme) des ménages pauvres bénéficient de moins de soins de santé que les enfants et que malgré la gratuité le gap n'a pas été comblé. Et les efforts du programme élargi de vaccination au Niger ont eu plus d'effet sur les enfants des quintiles les plus riches. Plusieurs paramètres contribuent aux problèmes d'iniquité dans la gratuité de soins aux enfants 0-5 ans et la prévention vaccinale telle que l'accès géographique et financier. Donc la gratuité des soins et de services vaccinaux sont orientée plus vers les enfants de milieux plus aisés et à proximité d'un service de santé.

En zones rurales, la mauvaise répartition des infrastructures de santé, le long trajet et les frais liés aux transports limitent l'accès de la gratuité aux bénéficiaires.

L'Etat doit songer à rendre plus équitable la gratuité de soins aux l'accès à des services de soins gratuits pour les enfants de moins de cinq ans en élargissant la couverture sanitaire et par la mise à l'échelle de la stratégie mobile. La stratégie mobile a été mise au Niger pour toucher les zones d'accès difficiles.

Les résultats d'une étude en Angleterre montrent que l'offre de soins dans le Sud-est de l'Angleterre a tendance à être de meilleure qualité dans les zones où les conditions socio-économiques sont plus meilleures. Cependant, ceux-ci doivent impérativement être confortés par une analyse à des niveaux géographiques plus fins ^[10]. La population pauvre est de manière générale, en retard par rapport aux populations plus riches en termes d'indicateurs de santé et en termes d'accès aux services de santé.

Quelques mesures qui devraient être prises en compte pour améliorer l'offre et la demande de soins et garantir une bonne répartition des soins gratuits aux enfants 0-5 ans au Niger :

- Réduire les inégalités géographiques en distribuant les centres de santé de manière plus égalitaire (le respect des normes d'implantation des centres de santé);

- Mettre à l'échelle le système de fonds de prise en charge des urgences pour faciliter le transport des personnes vivant loin des centres de santé, et en les compensant pour les coûts de transport ;
- Mettre le fonds de solidarité en milieu communautaire qui est un fonds solidaire alimenté par la communauté à travers les centimes additionnels et l'imposable;
- Faire l'extension des soins à travers la clinique mobile ;
- Mettre en place un fonds social de santé. Il est une institution à caractère social qui a pour mission d'assurer la prise en charge financière des tarifs des soins destinés aux personnes démunies. qui accompagnera la gratuité et qui prévu dans le plan de développement sanitaire 2011- 2015.

En l'absence de tout obstacle financier et géographique, on peut espérer que les patients soient servis plus équitablement dans le système de soins et cela devrait permettre d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités en matière de santé [12].

Le Ministère de la Santé Publique doit aussi renforcer les mécanismes de financement innovant et faire le plaidoyer afin de combler l'insuffisance et aussi renforcer sa présence dans les zones rurales.

Il serait souhaitable que l'enveloppe devant être allouée à ce secteur doive progressivement tendre à atteindre 15% du budget national conformément aux normes préconisées par l'OMS et l'engagement pris par les chefs d'Etats à Abuja. Et aussi pour pallier à l'insuffisance de l'offre du secteur public, surtout dans les milieux ruraux, le partenariat public - privé utilisé pour l'acquisition des services permettrait d'améliorer l'efficacité dans la gestion des ressources et de faire bénéficier les pauvres aux soins de qualité ; en intégrant la société civile dans les prestations de services en zone éloignées. Les Directions Régionales de la Santé Publique peuvent signer des contrats avec les sociétés civiles ou les privés pour accompagner le ministère de la santé à servir les zones d'accès difficiles.

Dans cette situation où le secteur public n'arrive pas à couvrir les soins les plus élémentaires à tous les bénéficiaires de manière équitable, comme la vaccination, la planification familiale, la bonne application des mesures préventives en faveur des pauvres des régions rurales, des contrats dans les actions préventives et promotionnelles peuvent être passés avec des prestataires tels que les ONG qui seraient rémunérées en fonction de leur performance.

Références bibliographiques

[2]. Bernard Kouassi (dir.), Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest Paris, Éditions Karthala, 2008, 178 p.

[7]. CYICARANO Solange: quelles approches de financement de la santé pour atteindre les pauvres des pays en développement ? la nouvelle formule d'allocation des ressources et d'achat de services (ou rap) et l'équité. ; 2007 ; 9- 20 ; 35 ;

[12]. François Tonnelier Fondation Gabriel Péri : Besoins de santé, Besoins de soins ?, 10 mars 2011 ; supl 40 site dev.gabrielperi.fr/IMG/pdf/DiapoTonnelier_FGP.pdf consulté le 16 février et le 2 mars 2015 ;

[10]. GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry Pascal BONNET © 2002 : Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA

[5]. [https:// www.ac clermont .fr/disciplines/fileadmin/user_upload /ScEconomiquesEt sociales/ressources_pedagogie/terminale_tronc_commun/fondamentaux_socio/fiche6_2pdf](https://www.ac-clermont.fr/disciplines/fileadmin/user_upload/ScEconomiquesEt_sociales/ressources_pedagogie/terminale_tronc_commun/fondamentaux_socio/fiche6_2pdf)

[1]. <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/> consulté en mars 2015

[11]. Institut national de la statistique : Enquête démographique, santé nutrition (EDSN), Niger, 2012 ; 206 ;

[8]. Kafando Y., Mazou B., Kouanda S., Ridde V. : Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger; LASDEL ; Décembre 2011 p29 ;

[3] Ministère de la Santé Publique : Stratégie Nationale de Financement vers la Couverture Universelle de en Santé au Niger, 2012- 2020 ; 2012 ; 3-26 ; 74
Ministère de la Santé Publique : Revue des Dépenses Publiques Secteur Santé EXERCICE 2010-2011,P30

[6]; Ministère de la Santé Publique : Comptes de la Santé, 2011, 5-29 ;

[9]. Ministère de la Santé Publique : Rapport 2012 d'exécution du plan du développement sanitaire 2011-2015;

Autres références visitées

François Tonnelier Fondation Gabriel Péri : Besoins de santé, Besoins de soins ?, 10 mars 2011 ; supl 40 site dev.gabrielperi.fr/IMG/pdf/DiapoTonnelier_FGP.pdf consulté le 16 février et le 2 mars 2015 ;

Lori S. Ashford, Davidson R. G watkin, et Abdo S.Yazbeck (2007) Comment créer des programmes démographiques et de santé susceptibles d'atteindre les plus démunis. Population Référence Bureau Banque Mondiale. p12

République de Djibouti : Projet de renforcement des services de santé de base en Djibouti ; rapport d'achèvement de projet ; Avril 2012 ;

Site OMS Tonnellier. F : inégalités géographique et justice sociale, journal of bioéthic 7,2 , 06

Université Paul Valéry, Montpellier 3 ; Pascal BONNET © 2002 : Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé, Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé 3 - 12 ; 25 ;

V. Ridde et J-P Olivier de Sardan : Les politiques de suppression et de subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger, 2012, 44 p.

LOUISE POTVIN, MARIE-JOSÉ ; MOQUETCATHERINE : Réduire les inégalités sociales en santé coll. Santé en action, 2010 : 380 p. ISBN 978-2-9161-9223-9 ;