
REPUBLIQUE DU NIGER
Ministère de la Santé Publique et
de la Lutte contre les Endémies

ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR
LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA
PREMIERE DECENNIE DU 21^{ème} SIECLE
2002 - 2011

MAI 2002

SIGLES ET ABREVIATIONS

AQ : Assurance Qualité
ASC : Agent de Santé Communautaire
BCG : Bacille de Calmet et Guérin (Vaccin anti-tuberculeux)
Centralpharm : Centrale Pharmaceutique
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CN : Consultations Nourrissons
CNDL : Centre National Dermato ó Lèpre
CNAT : Centre National Anti-tuberculeux
CNRS : Centre National de Santé de la Reproduction
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES : Comité de Gestion
COPHARNI : Coopération Pharmaceutique Nigérienne
COSAN : Comité de Santé
COTERS : Comité Technique Régional de Santé
COTECOM : Comité Technique Communal
COTEDEP : Comité Technique Départemental
CPN : Consultations Périnatales
CSI : Centre de Santé Intégré
CSMI : Centre de Santé Maternelle et Infantile
DAF/EI : Direction des Affaires Financières, de l'Équipement et des Infrastructures
DDS : Direction Départementale de la Santé
DDSP : Direction Départementale de la Santé Publique
DEP : Direction des Études et de la Programmation
DFGP : Direction de la Formation et de la Gestion du Personnel
DHD : Développement Humain Durable
DPHL/PT : Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et la Pharmacopée Traditionnelle
DN/PEV : Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination
DPPN : Déclaration de Politique Pharmaceutique Nationale
DS : District Sanitaire
DTCP : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite (Vaccin)
ECD : Equipe Cadre de District
EDS : Enquête Démographique et de Santé
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
EPA : Etablissement Public à caractère Administratif
EPIC : Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPS : Education pour la Santé
FSP : Formation Sanitaire Publique
FSS : Faculté des Sciences de la Santé
HD : Hôpital de District
HN : Hôpital National
IB : Initiative de Bamoko
IEC : Information-Education-Communication
IGPL/PT : Inspection Générale de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Pharmacopée Traditionnelle
IGS : Inspection Générale de la Santé
IRA : Infections Respiratoires Aiguës
ISP : Institut de Santé Publique
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LANSPEX : Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise

MDO : Maladies à Déclaration obligatoire
MEG : Médicaments Essentiels Génériques
MEN : Ministère de l'Éducation Nationale
MICSS : Multiple Indicator Cluster Sample Survey
MPE: Malnutrition Protéino-énergétique
MSP : Ministère de la Santé Publique
MST : Maladies sexuellement Transmissibles
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPPC : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAIPCE : Programme d'Appui à l'Initiative Privée et à la Création d'Emploi
PAP : Plan d'Actions Prioritaires
PDPN : Plan Directeur Pharmaceutique National
PDS : Plan de Développement Sanitaire
PDS D : Plan de Développement Sanitaire de District
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planification Familiale
PNASSP : Programme National d'Appui aux Soins de Santé Primaires
RC : Recouvrement des Coûts
RDP : Revue des Dépenses Publiques
RS : Recherche en Santé
SAPHAR : Société d'Approvisionnement Pharmaceutique
SERAM : Service d'Entretien et de Réparation des matériels Médicaux
SERMEX : Service d'Entretien et de Réparation des Matériels d'Exploitation
SERPA : Service d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile
SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SNIS : Système d'Information Sanitaire
SONIPHAR : Société Nigérienne d'Industrie Pharmaceutique
SPT : Stratégie Plainte Traitement
SSA : Services de Santé des Armées
SSP : Soins de Santé Primaires
STP : Secrétariat Technique Permanent
TRO : Thérapie à Réhydratation Orale
VAR : Vaccin Anti-rougeoleux
VAT: Vaccin Anti-tétanique

LISTE DES TABLEAUX

	pages
<u>Tableau n°1</u> : Répartition par corps des agents de la santé publique	12
<u>Tableau n°2</u> : Répartition des agents auxiliaires par métier	13
<u>Tableau n°3</u> : Répartition des catégories professionnelles dans le secteur public	14
<u>Tableau n°4</u> : Répartition des fonctionnaires selon le genre et par zone	14
<u>Tableau n°5</u> : Répartition des auxiliaires de l'État selon le genre et par zone	14
<u>Tableau n°6</u> : Répartition des établissements privés par catégorie en 1997 au Niger	19
<u>Tableau n°7</u> : Formations sanitaires publiques par département, année 1999	19
<u>Tableau n°8</u> : Taux de couverture sanitaire par département, année 1999	20
<u>Tableau n°9</u> : Couverture par les soins essentiels en fonction du milieu De résidence	20
<u>Tableau n°10</u> : Evolution du budget de fonctionnement de la santé de 1994 à 2000 par rapport au budget de fonctionnement de l'État en milliers de Fcfa	24
<u>Tableau n°11</u> : Evolution du budget d'investissement de la santé en milliers de Fcfa	24
<u>Tableau n°12</u> : Part de l'État dans les investissements du secteur de la santé	25
<u>Tableau n°13</u> : Evolution du budget du secteur santé par rapport au PIB	25
<u>Tableau n°14</u> : Evolution des dépenses de fonctionnement par catégorie économique en milliers de Fcfa	26
<u>Tableau n°15</u> : Evolution des dépenses d'investissement en millions de Fcfa	26
<u>Tableau n°16</u> : Dépenses de santé par source de financement	27
<u>Tableau n°17</u> : Répartition des dépenses de fonctionnement selon les trois Niveaux du Système de santé et par rubrique en 1997 et 1998	29
<u>Tableau n°18</u> : Répartition intra sectorielle des dépenses d'investissement Selon les sources de financement de trois composantes en 1997 et 1998	31
<u>Tableau n°19</u> : Dépenses d'investissement du secteur santé par source	32
<u>Tableau n°20</u> : Indicateurs nationaux des prestations des services d'hospitalisation Des hôpitaux de district de 1994 à 1998	40

<u>Tableau n°21</u> : Indicateurs nationaux des activités de consultations pré et Postnatales de 1994 à 1998	41
<u>Tableau n°22</u> : Indicateurs nationaux des activités de consultations nourrissons De 1994 à 1998	42
<u>Tableau n°23</u> : Indicateurs nationaux de couverture en antigènes du PEV de 1994 à 1999 Chez les enfants de moins de 11 mois et chez les femmes enceintes (VAT)	43
<u>Tableau n°24</u> : Indicateurs nationaux de couverture en antigènes du PEV chez Les enfants de 12 à 23 mois en 1996 et 1998	44
<u>Tableau n°25</u> : Nombre de cas déclarés des différentes morbidités par tranche D'âge dans les formations sanitaires publiques du Niger en 1998	47
<u>Tableau n°26</u> : Comparaison des indicateurs de santé de 1992 et 1998	51
<u>Tableau n°27</u> : Indicateurs de santé en fonction du milieu de résidence année 1998	52
<u>Tableau n°28</u> : Indicateurs du niveau de performance de la mise en œuvre Du PDS 1994-2000	60

TABLE DES MATIERES

Préface

	Pages
Introduction	1
I. Généralités	2
1. Situation géographique	2
2. Climat et Végétation	2
3. Hydrographie	2
4. Démographie	2
5. Organisation Sociale et Culturelle	3
6. Organisation Politique et Administrative	3
7. Economie	4
II. Analyse de la Situation Sanitaire	6
2.1. Politique, Organisation et gestion du système des soins	6
2.2. Ressources du Système de Santé	10
2.3. Prestation de Soins et Services de Santé	40
2.4. Etat de Santé de la Population	45
2.5. Développement de la Participation Communautaire	53
2.6. Collaboration Intersectorielle et Partenariat	54
2.7. Recherche	57
2.8. Conclusion	59
III. Orientation, Objectifs, Stratégies et Actions Prioritaires	63
3.1. Orientation	63
3.2. Objectifs de la Politique Sanitaire	63
3.3. Stratégies de Développement Sanitaire	64
3.4. Actions Prioritaires	65
IV. Système de Suivi-évaluation	72
4.1. Niveau National	72
4.2. Niveau Régional	73
4.3. Niveau Département/Commune	74
4.4. Niveau Village	75
4.5. Outils de Suivi	75
Références	
Annexes	

P R E F A C E

En choisissant d'élaborer et de mettre en oeuvre un document d'orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle 2002 - 2011, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies se place résolument dans la situation de maîtriser de manière méthodique et planifiée les défis de développement à long terme.

Les autorités sanitaires restent convaincues que la politique de soins de santé primaires longtemps soutenue dans le secteur, demeure la voie la plus efficace et la plus appropriée pour gagner ce pari. Mais nous ne saurions y parvenir en comptant uniquement sur les moyens, du reste limités, du seul Etat. Une plus grande mobilisation de tous les intervenants dans le secteur est nécessaire et doit se faire à travers une augmentation significative de la part du budget de l'Etat alloué à la santé, un engagement plus accru des populations par le développement de la participation communautaire (recouvrement partiel des coûts de soins), un encouragement plus soutenu des initiatives privées et une amélioration plus visible de la gestion des services de santé.

Les principes directeurs qui se dégagent des dispositions de la Constitution du 9 août 1999 qui visent à garantir le droit à la santé à tous les citoyens nigériens, font que le document d'orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle 2002 – 2011 met l'accent entre autres sur : la prévention à travers les actions d'information et de sensibilisation des populations, le renforcement de l'hygiène du milieu, l'accroissement du taux de couverture vaccinale, la réorientation des investissements en vue d'une meilleure couverture sanitaire du pays ; le développement de la Santé de la Reproduction dans ses volets santé de la femme et de l'enfant et dans ses composantes nutrition, planification familiale, lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles ; le développement de la participation communautaire ; la poursuite de la décentralisation des services de santé en vue de rapprocher les centres de soins des populations.

le document d'orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle 2002 - 2011 présente la vision globale du développement sanitaire et servira de référence à la planification détaillée qui s'en suivra. Il revient à chaque niveau de la pyramide Sanitaire, d'élaborer et de mettre en oeuvre un programme détaillé conformément aux orientations qui y sont définies, ayant fait l'objet d'un consensus national et acquis l'adhésion des partenaires au développement.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies

- **IBRAHIM KOMMA** -

INTRODUCTION

La crise économique qui frappe le Niger depuis dix (10) ans, conjuguée à l'instabilité politique, a bloqué le développement du pays et entraîné une régression dans la plupart des secteurs. Présentant l'Indice Synthétique de Fécondité moyen de 7,4 enfants par femme, l'un des plus élevés au monde, la population du Niger s'accroît de 3,4% par an. L'espérance de vie est de 47 ans. La mortalité infantile est de 123 pour 1000. La mortalité maternelle est estimée à 700 pour 100 000 accouchements et la couverture sanitaire à 47,6% (source : DDS/DPS/ES/MSP/1999).

Les populations largement analphabètes ont un accès réduit à l'eau potable et vivent dans des conditions d'hygiène très précaires. Le Niger est affecté par la quasi totalité des maladies tropicales et les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont entre autres : la rougeole, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la malnutrition.

Tous les indicateurs sanitaires cités ci-dessus sont plus faibles que les moyennes correspondantes pour l'Afrique de l'Ouest et s'expliqueraient essentiellement par l'extrême pauvreté de la population (63% de la population vivent en dessous du seuil de la pauvreté). Cette situation est aggravée par un service de la dette estimé à un montant total de 1.299 milliards de francs CFA au 31 décembre 1999. La conjugaison de tous ces facteurs a eu pour conséquence une couverture sanitaire insuffisante.

Face à ce constat amer sur l'état sanitaire de la population et après une prise de conscience lucide des faiblesses et des inadéquations du secteur en 1994, le Gouvernement du Niger a élaboré en 1994, un Plan de Développement Sanitaire (P.D.S) 1994-2000, visant en priorité l'extension de la couverture sanitaire de 32% à 45%.

Les efforts fournis depuis la mise en oeuvre du PDS en 1995 sont assez significatifs. L'Etat a opéré des réformes importantes dans le secteur de la santé en mettant en place des districts sanitaires, unités opérationnelles chargées de planifier le développement sanitaire de l'Arrondissement, d'estimer les ressources nécessaires et d'en assurer la gestion.

En dépit de tous ces efforts, la situation sanitaire et nutritionnelle constitue une préoccupation majeure. Toutefois, l'amélioration de la santé de la population est une priorité nationale, le Gouvernement nigérien entend accroître ses efforts en élaborant un document d'orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du vingt et unième (XXI^{ème}).

Après la partie introductive sur la problématique de la santé au Niger pour situer le cadre de son élaboration et les généralités sur le pays, le document est structuré en trois grandes parties :

- la première est essentiellement consacrée à l'analyse diagnostique de la situation sanitaire au Niger ;
- la deuxième définit les objectifs et stratégies de développement sanitaire et les actions prioritaires à entreprendre;
- la troisième présente les mécanismes de suivi de la mise en œuvre des stratégies et actions prioritaires.

I. GENERALITES SUR LE PAYS

1.1. Situation géographique

Le Niger est situé à l'Est de l'Afrique occidentale en zone Sahélo-Saharienne. Il s'étend entre le 12° et le 23° de latitude Nord, entre 0° et le 16° de longitude Est. Sa superficie est de 1.267.000 km². Il est limité :

- au Nord, par l'Algérie et la Lybie ;
- au Sud, par le Bénin et le Nigéria ;
- à l'Ouest, par le Burkina Faso et le Mali ;
- à l'Est, par le Tchad.

Pays enclavé, Niamey sa capitale est à 1 035 km de Cotonou, le port le plus proche.

1.2. Climat et Végétation

Le pays présente du Sud au Nord trois zones climatiques :

- la zone soudanienne limitée au Nord par une ligne allant de 15° de latitude à l'Ouest à un peu moins de 14° à l'Est. C'est la partie du pays la plus arrosée avec environ 600 mm d'eau par an. L'humidité est accrue dans la Pointe Sud-Ouest qui reçoit jusqu'à 800 mm d'eau par an. Région à vocation agricole, elle connaît à côté d'une végétation arbustive assez abondante, des cultures de mil, de sorgho et d'arachide, de niébé, etc.
- la zone sahélienne au Nord reçoit de 200 à 500 mm d'eau par an. C'est la région de prédilection de l'élevage. L'humidité diminue vers l'Est et surtout vers le Nord.
- la zone saharienne, immense, recouvre tout le reste du pays. La végétation épineuse et le tapis herbacé y deviennent de plus en plus rares, à mesure qu'on avance vers le Nord. La température est en moyenne de 28°C mais présente des extrêmes très marquées : très chaude le jour, et très froide la nuit.

1.3. Hydrographie

Les ressources en eau du Niger sont constituées essentiellement des eaux de surface et des eaux souterraines. Les ressources en eau de surface sont relativement importantes. Les écoulements proviennent essentiellement du Fleuve Niger et de ses affluents de la rive droite et, dans une moindre mesure, des koris de l'Ader-Doutchi-Maggia, du Goulbi Maradi, de l'Aïr, des Koramas, de la Komadougou Yobé, de la Tarka et des eaux de la cuvette du Lac Tchad.

Quant aux ressources en eaux souterraines, elles sont réparties en aquifères continus mono ou multi couches en nappes libres ou captives dans les formations sédimentaires et en aquifères discontinus dans les zones de socle.

1.4. Démographie

Le dernier recensement général de la population effectué en 1988 a donné 7.248.100 habitants. La population était estimée à 10.122.938 habitants en 1999. La majeure partie de

cette population relativement jeune (79,36% ont moins de 35 ans selon la Charte de la Jeunesse 1998) et réside dans la bande Sud du pays où les conditions écologiques sont plus favorables aux activités agricoles. La zone Nord est faiblement peuplée.

L'une des principales caractéristiques de cette population est son inégale répartition géographique. En effet, les trois quarts des nigériens se trouvent regroupés sur un quart du territoire national. Ainsi, le département d'Agadez qui couvre plus de la moitié de la superficie totale, soit 56,6%, n'abrite que 2,8% de la population alors que le département de Tillabéri plus la Communauté Urbaine de Niamey, sept fois moins étendus, abritent dix fois plus d'habitants qu'Agadez. Le département de Maradi qui n'occupe que 3% du territoire accueille cependant près de 20% de la population. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes. Elles représentent 50,5% de la population totale.

L'autre caractéristique essentielle de cette population est sa forte croissance : (3,4%) par an, soit l'une des plus élevée au monde. Elle correspond à un temps de doublement de 21 ans. Le rythme de croissance démographique impose à l'Etat un lourd fardeau que le développement socio-économique du pays est actuellement dans l'impossibilité de supporter.

1.5. Organisation Sociale et Culturelle

Il existe neuf groupes ethniques au Niger :

- Haoussa
- Zarma ó Songhaï
- Peulh
- Kanouri
- Arabe
- Touareg
- Gourmantché
- Toubou
- Boudouma

En matière de pratique religieuse, plus de 95% des nigériens sont musulmans. Les autres religions sont le christianisme et l'animisme.

Le Niger compte plusieurs organisations sociales structurées telles que : les Associations confessionnelles, les Associations des femmes, les Associations des jeunes, les syndicats, les partis politiques, etc.

Le taux brut de scolarisation de 37,3% est l'un des plus bas du monde. Le taux moyen d'accroissement annuel des effectifs du Cours d'initiation (CI) qui était de 3,1% entre 1987 et 1989, est tombé entre 1989 et 1991 à 1,2%. Le pays doit continuer à faire face à un nombre croissant d'enfants en âge d'aller à l'école, alors que d'une part ses revenus ne lui permettent pas la création de nouvelles structures d'accueil ; d'autre part, la plupart des parents ne peuvent pas prendre en charge les frais de scolarité de leurs enfants.

Le taux d'analphabétisme des adultes est estimé à 80,1%.

1.6. Organisation Politique et Administrative

De 1960, année de son accession à l'indépendance, à ce jour, le NIGER a été successivement dirigé par des gouvernements qui détenaient leur « légitimité » soit

des élections libres soit de leur mise en place, à la suite de la prise des pouvoirs par les forces armées nigériennes. Le processus de démocratisation amorcé au début des années 90 a été par deux fois interrompu par des coups d'État ayant entraîné la suspension de la coopération avec plusieurs pays. Cette suspension a eu des conséquences négatives dans la mise en œuvre du PDS. Mais, à la suite de l'adoption de la Constitution du août 1999, et les élections démocratiques d'octobre et novembre de la même année, la 5^{ème} République a été favorablement accueillie par la communauté internationale et les bailleurs de fonds.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 7 grandes régions appelées départements, plus la Communauté Urbaine de Niamey, qui a aussi rang de département. Les départements sont divisés en 36 arrondissements. Le pays compte 18 communes urbaines, 3 communes rurales et 27 postes administratifs. A la tête de chaque entité administrative est placé un responsable :

- Préfet, pour le département ;
- Préfet-Président, pour la communauté urbaine de Niamey ;
- Sous-Préfet, pour l'arrondissement ;
- Maire, pour la commune ;
- Chef de poste administratif, pour le poste administratif.

Chaque responsable est chargé de promouvoir les actions de développement dans son entité administrative. Il a pour tâche de mener les activités qu'il programme en collaboration avec les cadres techniques et les associations socio-professionnelles.

La récente réorganisation administrative relative à la décentralisation prévoit des communes urbaines et rurales et des postes administratifs et transforme les départements en régions, les arrondissements en départements.

1.7. Economie

De 1960 à 1975 : une économie rurale

L'économie du Niger a été dominée par une agriculture de subsistance et un élevage extensif. Le secteur rural occupait plus de 80% de la population active et contribuait à hauteur de 60% à la formation du produit intérieur brut (PIB). Mais cette économie rurale était tributaire des aléas climatiques. En effet, l'année 1972 a été caractérisée par une sécheresse ayant entraîné la perte de la majeure partie du cheptel nigérien.

De 1975 à 1982 : le Boom de l'Uranium

Outre l'amélioration de la pluviométrie après 1973, ayant entraîné une croissance de la production agricole et la reconstitution du cheptel décimé, l'exploitation de l'uranium a été sous l'impulsion de la demande et des cours mondiaux, une véritable bouffée d'oxygène pour l'économie nationale. La vente de l'uranium rapportait plus de 70% des recettes d'exportation, passant de 19,6 milliards de F CFA en 1975 à 131,7 milliards de F CFA en 1981.

Au cours de cette période, la structure productive du pays s'est modifiée : le secteur agricole ne représentait plus que 40% environ du PIB ; le secteur moderne marchand intervenait pour 20% ; et l'administration pour 8%. L'économie était sensiblement monétarisée, la masse monétaire représentait 12,5% du PIB. Les récoltes céréalières s'amélioraient et se diversifiaient, la culture de niébé s'est développée et a pris la place de l'arachide en tant que culture d'exportation.

La période s'est caractérisée aussi par des investissements importants, les ressources tirées de la vente d'uranium ont servi à financer en majorité des programmes de dépenses publiques improductifs. Par ailleurs, la hausse des cours et de la demande de l'uranium a été perçue par les partenaires internationaux comme une augmentation de la capacité d'endettement et de remboursement du Niger.

De 1982 à nos jours : une économie sous ajustement

La hausse du cours de l'uranium a conduit les pouvoirs publics à procéder auprès des créanciers privés et des marchés financiers, à des emprunts à taux d'intérêt variable. Suite à l'effondrement du marché de l'uranium, le taux d'accroissement est passé en termes réels de 4,6% en 1973 à 2,3% en 1983. Cette récession économique s'est accompagnée d'un déficit budgétaire d'environ 10% du PIB et d'un déficit de la balance de paiement estimé à 22% du PIB.

Face à cette crise, les pouvoirs publics ont pris des mesures d'austérité imposées par le FMI et la Banque Mondiale. La mesure d'ajustement structurel était destinée à contenir les déséquilibres internes et externes. Cette politique devait s'appuyer sur une limitation des charges et une mobilisation accrue des ressources. Elle comportait aussi des réformes visant à renforcer le rôle du secteur privé dans l'économie, et à restructurer le secteur para-public.

Malgré ces mesures, le Niger n'a pas encore retrouvé le chemin de la croissance économique. Bien que les résultats des premières prospections aient autorisé des espoirs d'exploitation industrielle de l'or et du pétrole nigérien, la situation économique actuelle a des répercussions négatives sur l'état socio-sanitaire du pays.

II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

2.1. Politique, Organisation et Gestion du système de soins

2.1.1. Politique Nationale de Santé

L'amélioration de l'état de santé et du bien-être social des populations nigériennes est une constante de tous les actes fondamentaux adoptés par le Niger.

Les constitutions successives adoptées font de la santé un droit pour tout citoyen nigérien. La consécration du droit à la santé pour tous est également rendue effective par l'adhésion du Niger à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Au plan de la politique nationale de santé, l'évolution est marquée par deux (2) options. De 1960 à 1978, les actions sanitaires étaient essentiellement axées sur les soins curatifs .

A partir de 1978, l'adhésion du Niger à la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP) affecte notablement les orientations stratégiques de la politique nationale. Pour affirmer son engagement à faire des SSP la principale stratégie du Développement Sanitaire, le Programme National d'Auto-encadrement Sanitaire fut développé en donnant priorité au milieu rural. L'évaluation finale de cette expérience menée de 1980 à 1986 n'a pas donné les résultats escomptés.

Les leçons de son expérience et son attachement aux principes fondamentaux d'équité, de justice et de solidarité qui soutendent les SSP ont conduit le Niger à souscrire à la Déclaration de Lusaka en 1985. Celle-ci décrit le cadre organisationnel pour le développement d'un système de santé basé sur les Soins de Santé Primaires : scénario de développement sanitaire en trois phases. Pour rendre fonctionnel un tel système, la Déclaration de Bamako ou l'Initiative de Bamako en 1987 prise par le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique fut adoptée pour accélérer la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au niveau des districts sanitaires.

L'engagement du Niger pour l'amélioration de la santé et du bien-être social de ses populations est exprimé à travers plusieurs autres résolutions notamment :

- la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (1980-1990) adoptée par les Nations-Unies en 1977 ;
- la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie des Enfants en 1990 suivie par un Plan d'Action National ;
- la Conférence Internationale sur la Nutrition tenue à Rome en 1992 ;
- la Conférence Internationale sur l'Eau et l'Environnement de janvier 1992 à Dubhia ;
- l'Initiative Afrique 2000, Dakar 1992 ;
- le Consensus de Dakar en 1993 par lequel les signataires réaffirment leur engagement au respect de la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant, la Déclaration et le Plan d'Action du Sommet Mondial pour l'Enfant, la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant ;
- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Caire 1994 ;
- la Conférence ministérielle sur l'eau potable et l'assainissement environnementale (1994) ;
- la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes à Beyging en 1995 ;
- la Conférence des Chefs d'Etat sur la Lutte contre le Paludisme à Abuja en 2000.
- le Sommet mondial sur le Développement Social

A partir des années 1990, un processus de planification fut initié et a permis d'élaborer le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994 à 2000. Une déclaration de politique

sectorielle de santé a été adoptée en 1995. Cette Politique Nationale de Santé « vise l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés par l'application des Soins de Santé Primaires. Elle impliquera le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux Soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire ».

La mise en œuvre de cette politique vise l'atteinte des objectifs ci-après :

- promouvoir la santé de la mère et de l'enfant y compris la Planification Familiale afin de réduire le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- asseoir une véritable politique de médicaments essentiels, de laboratoires, de médecine et pharmacopée traditionnelle ;
- accroître les investissements en matière d'infrastructures sanitaires, de matériels, d'équipements et de ressources humaines ;
- établir un équilibre entre l'accroissement démographique et les ressources allouées au secteur sanitaire ;
- mettre en place un système de gestion équitable et réaliste des ressources ;
- promouvoir l'hygiène du milieu ;
- promouvoir l'Éducation Pour la Santé ;
- promouvoir de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- mettre en place un système de gestion de la participation communautaire et des aides extérieures ;
- améliorer la gestion des programmes sanitaires et connexes.

Les résultats des actions entreprises pour la réalisation des objectifs ci-dessus sont les suivants :

- l'ordonnance n°93-013 du 2 mars 1993 instituant un Code d'Hygiène Publique ;
- le décret n°98-107/PRN/MSP du 12 mai 1998, relatif à l'hygiène alimentaire ;
- le décret n°98-108/PRN/MSP du 12 mai 1998, instituant le contrôle sanitaire des denrées alimentaires à l'importation et l'exportation ;
- le décret n°99-433/PCRN/MSP du 1^{er} novembre 1999 fixant la structure, la composition et le fonctionnement de la police sanitaire ;
- la politique pharmaceutique nationale adoptée et le plan directeur pharmaceutique national (PDPN) élaboré, adopté et mis en œuvre ;
- la loi 98-016 du 15 juin 1998 portant exercice privé des professions de santé a été adoptée et son décret d'application 98-329 PRN/MSP du 19 novembre a été signé ;
- la loi 95-014 du 03 juillet 1995 relative au recouvrement des coûts des soins de santé dans le secteur non-hospitalier a été adoptée et son décret d'application n° 96-224 du 29 juin 1996 signé ainsi que des arrêtés régissant la pratique en la matière ;
- des normes d'affectation du personnel au niveau des CSI, ECD et HD ont été définies ;
- des normes relatives aux infrastructures sanitaires périphériques ont été définies ;
- l'ordonnance portant restructuration de l'ONPPC a été adoptée ;
- un plan de restructuration de l'ONPPC a été élaboré et mis en œuvre ;
- un projet de politique nationale d'EPS a été élaboré ;
- un projet de politique en matière de santé de la reproduction a été élaboré ;
- un projet de politique en matière de laboratoire a été élaboré ;
- un projet de politique nationale en matière d'hygiène et assainissement a été élaboré
- un plan national d'action pour la nutrition a été élaboré.

L'évaluation du Programme d'appui au développement du secteur de la santé montre les faiblesses ci-après :

- lenteur dans la mise en place du processus de décentralisation ;
- difficulté dans l'application des textes ;
- insuffisance de la législation sanitaire ;
- absence de Code de Santé Publique ;
- inexistence des Plans de Développement des Districts Sanitaires (PDSD) au niveau de 12 districts sur 42 ;
- lenteur dans l'adoption des documents élaborés.

2.1.2. Organisation et Gestion du Système National de Santé

Le système de santé se subdivise en trois niveaux :

- le niveau Central ou niveau stratégique constitué par le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les directions nationales ;
- le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique que sont les directions régionales de la santé ;
- le niveau périphérique ou niveau opérationnel composé par les districts sanitaires.

Les organes de coordination

Indépendamment des structures mises en place par le Ministère de la Santé Publique, il existe le COTEDEP et le COTEAR ou COTECOM

Les organes de suivi et évaluation prévus par le PDS 1994-2000 :

- **Niveau National :**
 - . Comité National de santé
 - . Comité Technique National de santé
- **Niveau régional :**
 - . Comité Technique départemental (COTEDEP)
 - . Comité Technique départemental de santé
- **Niveau sous régional :**
 - . Comité Technique d'Arrondissement / Commune (COTEAR/COTECOM)
 - . Comité de Santé de district
 - . Comité de Santé de village.

Les outils de gestion mis en place sont :

- . Le système national d'information sanitaire
- . Le système de gestion financière

En matière de gestion, les rôles et responsabilités de chaque niveau sont définis. Ceci devrait permettre l'application d'un processus gestionnaire respecté à tous les niveaux et l'intégration de la gestion des programmes et des ressources.

L'évaluation à mi-parcours du Programme d'Appui au Développement du secteur de la santé dans les zones d'intervention du Projet Santé II, faite à Agadez en mai 2000 a permis de relever de nombreux dysfonctionnements entre autres :

- inexistence du Comité National de santé et du Comité Technique National de santé ;
- absence de comité de santé au niveau des régions ;
- faible collaboration entre les programmes et les directions ;
- insuffisance des ressources allouées à la recherche ;
- insuffisance et/ou manque de ressources matérielles et logistiques ;
- insuffisance de crédits médicaments alloués à certaines formations sanitaires publiques ;
- difficultés dans l'harmonisation des prix des médicaments.

2.1.3. Suivi et évaluation

Les structures de coordination et les organes de suivi et évaluation cités précédemment assument les responsabilités du suivi et de l'évaluation des institutions et programmes de santé. Cependant, certaines de ces structures ne sont pas fonctionnelles.

Un plan de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PDS 1994-2000 a été établi. Les activités prévues dans ce cadre sont : les rapports d'activités, la supervision, l'évaluation continue et à mi-parcours, le bilan d'exécution, les enquêtes et recherches opérationnelles et l'évaluation ex-post.

Au niveau central, la Direction des Etudes et de la Programmation créée en 1988 est chargée de la coordination, du suivi et de l'évaluation de toutes les interventions dans le secteur de la santé. Elle assure cette tâche par l'utilisation des outils de gestion disponibles et en collaboration avec les différentes institutions sanitaires et les partenaires. Toujours dans le cadre du suivi et de l'évaluation, une inspection a été créée depuis 1989 : l'Inspection Générale de la Santé et plus tard, l'Inspection Générale de la Pharmacie et des Laboratoires (IGPL) devenue Inspection Générale de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Pharmacopée Traditionnelle (IGPL/PT) en 1998.

Il y a enfin la réunion annuelle des cadres centraux et des DDS qui contribue au suivi des activités des niveaux central et régional. Des réunions analogues se tiennent périodiquement au niveau de chaque région.

Les résultats des activités de suivi et évaluation devraient être utilisés pour améliorer la gestion du système de santé.

Le fonctionnement de ce dispositif institutionnel a été évalué. Les insuffisances constatées sont :

- l'inexistence d'un système de suivi et d'évaluation fonctionnel ;
- l'irrégularité des réunions de coordination des bailleurs de fonds ;
- la non-centralisation des plans d'action de tous les partenaires ;
- la mobilité des cadres ;
- l'insuffisance de la circulation de l'information ;

- les faibles capacités d'interventions des structures.

2.2. Ressources du Système de Santé

2.2.1. Ressources Humaines pour la Santé

L'étude faite dans ce domaine lors de l'élaboration du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la santé 2000-2010 donne les résultats ci-après :

Avec plus de 6000 employés, le Ministère de la Santé Publique, possède après l'Éducation Nationale, l'effectif le plus élevé de la Fonction Publique du Niger ; au plan budgétaire, il absorbe plus de 70% de la dotation budgétaire du Ministère de la Santé Publique.

2.2.1.1. La Direction de la Formation et de la Gestion du Personnel (DF/GP)

Au sein du Ministère, la structure de gestion est appelée « Direction de la Formation et de la Gestion du Personnel » : cette dénomination met déjà à nu les déficiences de ladite structure dont les missions principales sont la tutelle des établissements de formation et la gestion du personnel.

Chargée de la formation et de la gestion du personnel de la santé publique, cette importante direction est insuffisamment structurée et est insuffisamment dotée de moyens humains, matériels et financiers ; de plus, elle manque surtout d'un véritable système de gestion et se contente autant que faire se peut de la prise de certains actes administratifs au profit du personnel, c'est dire que les missions stratégiques premières qui sont les siennes ne peuvent pas être remplies .

Quant au système d'information, il est réduit à sa plus simple expression : la Direction dispose d'une base de données non sécurisée, presque jamais à jour et de deux ordinateurs obsolètes.

A l'heure actuelle et à tous les niveaux, il s'agit d'une simple administration du personnel ; c'est dire que le passage à une véritable gestion, un système de management, nécessite une transformation considérable des mentalités et la mise en place des moyens appropriés.

En bref, insuffisamment structurée, avec des moyens humains, matériels et financiers insuffisants mais surtout dépourvue d'un véritable système de gestion des ressources humaines, la DF/GP est encore loin de jouer le rôle qui est le sien en matière de planification et de gestion de ressources humaines.

2.2.1.2. Les différentes catégories professionnelles

En août 1999, la situation globale des effectifs recensés dans le secteur public s'établit de la manière suivante :

i) Fonctionnaires / Cadres (tous corps) : 4527

ii) Auxiliaires : 1580

Soit au total 6.107 agents représentant l'un des effectifs les plus élevés de la Fonction Publique. Il y a lieu de noter qu'en raison des insuffisances du système, les chiffres varient d'une administration à l'autre ; c'est ainsi qu'il existe un écart de plusieurs centaines entre

les chiffres obtenus au Ministère de la Santé Publique et ceux du fichier solde du Ministère des Finances.² ces chiffres, il y a lieu d'ajouter certains auxiliaires gérés au niveau régional mais dont le nombre exact n'a pas été obtenu et n'est certainement pas connu au niveau central.

A la date du 31 Octobre 2000, la situation du personnel faite par la DFGP se présente comme suit :

Tableau n°1: Répartition des agents cadres de la santé en fonction des régions au 31/10/2000

CORPS	AZ	DA	DO	MI	TA	TI	ZI	NY	TOTAL ACTIF	AUTRE	TOTAL
ADJ.ADMINIS.	2			1	2	1	1	8	15		15
ADJ.TECH.TRAV.PUB.	2	1	1	4	2		1	7	18	1	19
AGENT D@ADMINIS.							1	2	3	2	5
AGENT TECH.TRAV.PUB.	1		2	1	1		2	1	8		8
ANESTHESISTE	1		1	2	1			3	8	2	10
AS.SOCIALE	10	2	19	13	9	12	21	46	132	4	136
AS.SANTE	3		1		1		1	9	15	1	16
AIDE AS.ACT.SOCIALE	5	3	16	30	19	23	34	53	183	5	188
ACENT D@HYG.ASSAINIS.	6	2	11	13	10	7	18	9	76	2	78
AS.TECH.DE SANTE			1			2	1	2	6		6
CHEF DE BUREAU			1	1			1	3	6	1	7
CHEF DE DIVISION		1					1	8	10	3	13
CHIRURGIEN			1	1			1	2	5		5
CONTROL.ADJ.TRESOR			1		1		1	3	6		6
CONTROL.TRESOR		1		1	1			4	7	1	8
DACTYLO			1					4	5		5
DENTISTE	2		1	1	1	1	2	5	13	3	16
DESSINATEUR		1		1	1		1	6	10		10
DIR.ADMINIS.								12	12	3	15
DR SCES SOCIALES								1	1		1
ENSEIGNANT				1				13	14	2	16
GEOMETRE ADJ.	1	1	1					6	9		9
INF.BREVETE	1	2	3	1	1	2	4	3	17	2	19
INF.CERTIFIE	51	35	109	139	150	100	175	237	996	18	1014
INF.DIPLOME	59	50	133	124	114	118	184	346	1128	67	1195
ING.								4	4		4
ING.SANITAIRE							1	5	6		6
INSP.CONTRIB.DIVERS								5	5		5
INSTITUTEUR								1	1	1	2
INSP.ECONO.FAMIL.								2	2	2	4
KYNESITHERAPEUTE	1		1	2			1	5	10		10
LABORANTIN	10	4	15	25	23	13	24	54	168	3	171
LABORATIN BREVETE							2	1	3		3
LCIE.ACTION SOCIALE				2				3	5		5
LCIE.GEST.HOSP.			1		1			1	3		3
LCIE.SOINS INF.	4	3	4	5	5	3	15	44	83	5	88
LCIE.SOINS INF.LABO.	1			2	1				4		4
MEDECIN	10	9	20	21	26	13	19	108	226	58	284
MONITRICE		1							1		1
NUTRITIONISTE			1	1				6	8		8
ORTHOPEDISTE	1		2				1	1	5		5
PHARMACIEN	2			1			1	9	13	5	18
PROTHESISTE	1						1	1	3		3
RADIOLOGUE						2	3	2	7		7
SAGE-FEMME	19	8	28	27	26	32	25	169	334	12	346
SAGE-FEMME BREVETE	1		1			2	4	5	13		13
SECR.DACTYLO.				1	1		1	4	7		7
SECR.DE DIRECTION			1		1			3	5		5
SECR.STENO.				1					1		1
SECR.STENO.DACTYLO.								8	8		8
SOCIOLOGUE								2	2		2
TECH.APPA.MEDICAUX							2		2		2
TECH.DE SANTE	3	2	7	5	5	9	9	33	73	4	77
TECH.D@ASSAINIS.	12	4	23	15	20	22	27	33	156		156
TECH.ACTION SOCIALE	4	2	4	8	5	3	8	32	66	5	71
TECH.SUP.DE LABO.	5	6	5	3	5	6	8	27	65	1	66
TRAVAUX PUBLICS							1	2	3	1	4
TECH.SUP.SOINS INF.	2		3	6	3	4	18	48	84	12	96
TECH.SUP.SOINS OBSTE.	3	2	1	4	3		7	39	59	4	63
PREPOSE TRESOR									0	1	1
STAT/INFORMATICIEN								5	5		5
GESTION DES HOPITAUX				1				10	11	1	12
INSP.ADJOINT								1	1		1
CADRES P.INFORMATION									0	1	1
GYNECO-OBSTETRIQUE			1				1	3	5	1	6
DERMATOLOGUE								2	2		2
TOPOGRAPHIE ET CADA.								2	2		2
AIDE-CHIRURGIEN			2				1		3		3
TOTAUX	223	140	423	464	439	375	630	1467	4167	234	4401

Source : Service Informatique/ DFGP/ MSP 31/10/2000

Tableau n°2 : Répartition des agents auxiliaires par métiers

CORPS	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLAB.	ZINDER	NIAMEY	TOTAL/ CORPS
CHAUFFEURS	15	15	27	21	26	27	21	60	212
AUTRES COMMIS	2	1	3		1	1	2	9	19
MATRONE	3	5	10	6	3	9	17	3	56
MANŭ UVRE	31	33	63	85	83	72	110	294	773
PLANTON	1		1	1	2		4	11	20
INF.AUXILIAIRE	10	4	9	13	9	10	8	65	129
BOY			1	1	5		2	5	14
FILLE DE SALLE		1	5		3	2	1	37	49
DACTYLOGRAPHE	3	2	6	6	6	2	8	22	55
VACCINATEUR	4	6	5	7	3	4	7	11	47
MECANICIEN	1	2	6	7	2		3	15	36
GARDIEN	2	1	2	2	4	1	6	23	42
PILEUSE		1	1	3	6	3	1	3	18
CUISINIER	1	4	2	4	1	1	12	20	45
JARDINIER			1					4	5
PLOMBIER			1					1	2
ELECTRICIEN	1		2		1		1	6	11
BLANCHISSEUR					2		1	8	11
STANDARDISTE			2				3	4	9
COUTURIERE			1	1				8	10
AIDE-SOIGNANT		2	3	6	1	2	2	5	21
TOTAUX	74	77	151	163	158	134	209	614	1580

Source : DFGP/MSP, 2000

La répartition des catégories professionnelles dans le secteur public comparée aux recommandations de l'OMS est la suivante :

Tableau n°3 : Répartition des catégories professionnelles dans le secteur public

CATEGORIE	EFFECTIF	RATIO	RECOMMANDATIONS
Médecin	226	1 pour 33 102 hab.	1 pour 10 000
Pharmacien	13	1 pour 769 230 hab.	1 pour 20 000
Chirurgien dentiste	13	1 pour 769 230 hab.	1 pour 50 000
Infirmier diplômé d'Etat	1128	1 pour 9 000 hab.	1 pour 5 000
Sage-femme diplômée d'Etat	334	1 pour 6 650 femmes en âge de procréer	1 pour 5 000

Sources : Fichier du Personnel - Ministère de la Santé Publique ó 2000

Les différents paramètres de l'analyse seront le groupe d'appartenance (Fonctionnaires ou Cadres et Auxiliaires), les grades (cadres supérieurs, moyens et subalternes) ; le genre, l'âge et la répartition entre la ville et la campagne, entre Niamey et les autres zones, entre les hôpitaux et les autres structures de santé.

Au plan de l'âge, la moyenne d'âge est 38 ans pour les Fonctionnaires et de 48 ans pour les Auxiliaires, soit un écart de 10 ans ; ceci s'expliquerait par la suspension des recrutements de cette catégorie d'agents publics depuis plusieurs années.

2.2.1.3. La répartition entre les villes et les campagnes

La répartition par zone accuse des disparités importantes et confirme la concentration des effectifs dans les agglomérations urbaines et notamment dans la ville de Niamey : au total, 65% des Fonctionnaires et 72% des Auxiliaires de l'Administration travaillent dans les 7 chefs lieux de département où réside moins de 25% de la population du pays (Voir Tableaux 4et 5).

La répartition des ressources humaines pour la santé accuse beaucoup de disparités : malgré la volonté maintes fois affirmée de privilégier les soins de santé primaires et la nécessité d'améliorer / renforcer la couverture du milieu rural, un grand déséquilibre persiste non seulement entre les villes et les campagnes mais aussi entre les hôpitaux (niveaux secondaire et tertiaire) et les structures de district.

Ainsi 31% des agents du Ministère travaillent dans les hôpitaux.

La ville de Niamey emploie à elle seule, plus de la moitié des agents affectés à l'ensemble des hôpitaux du pays.

Tableau n°4 : Répartition des Fonctionnaires selon le genre et par zone

	Agadez		Diffa		Dosso		Maradi		Tahoua		Tillabery		Zinder		Niamey		Total	%
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Ville 1	65	59	75	32	91	102	111	97	45	47	115	68	154	158	556	894	2669	65%
Campagne	64	42	50	25	148	96	172	91	179	140	171	99	212	126			1615	35%
Total	129	101	125	57	239	198	283	188	224	187	286	167	366	284	556	894	4284	100%

Source : Développement des ressources humaines pour la santé, plan stratégique : 2000-2010, septembre 1999, SP/RN.

Tableau n°5 : Répartition des Auxiliaires de l'Etat selon le genre et par zone

	Agadez		Diffa		Dosso		Maradi		Tahoua		Tillab.		Zinder		Niamey		Total	%
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Ville	48	9	35	16	59	23	60	23	64	14	18	3	109	23	162	152	1118	72%
Campagne	15	2	20	6	51	18	70	10	62	18	87	26	60	17			462	28%
Total	63	11	55	22	110	41	130	33	126	32	105	29	169	40	462	152	1580	

Source : Développement des ressources humaines pour la santé, plan stratégique : 2000-2010, septembre 1999, SP/RN.

2.2.1.4. Le système national de formation

L'un des piliers de la production des ressources humaines pour la santé est constitué par le système national de formation, entendu comme l'ensemble des institutions publiques et privées nationales qui participent à la formation initiale et la formation continue des ressources humaines pour la santé du pays ; il est généralement complété par des formations et des stages à l'extérieur du pays. Au Niger, ledit système date des lendemains de l'indépendance, période pendant laquelle pour faire face à la grande pénurie de cadres en la matière, le Gouvernement a initié la mise en place des institutions de formation paramédicale : création de l'Ecole Nationale des Infirmiers en 1965, transformée en Ecole Nationale de Santé Publique en 1970 avec différentes filières ; en 1974 cet effort se poursuit par la création d'une Ecole des Sciences de la Santé chargée de la formation initiale de

médecins et du perfectionnement des cadres médicaux et paramédicaux ; elle deviendra Faculté des Sciences de la Santé en 1985 après élargissement de sa mission initiale à la recherche. Ces deux institutions sont installées à Niamey. Entre temps, en 1975, une autre école de formation a été créée à Zinder.

La capacité d'accueil de ces institutions ainsi que les filières de formation varient au gré des moyens et des besoins de l'Etat qui absorbait au départ la totalité des élèves formés. Très rapidement quatre grands problèmes sont apparus et confirment la fragilité du système :

- les capacités d'accueil sont rapidement dépassées ;
- le niveau d'encadrement est insuffisant ;
- les moyens budgétaires sont en deçà des minima requis ;
- les programmes sont en déphasage par rapport aux besoins de la population, de la politique et des stratégies de santé.

A ce jour, ces problèmes dont la résolution a été entamée, restent encore entiers malgré les efforts déjà consentis.

Au Niger, le secteur privé de santé est inexistant dans le domaine de la formation ; toutefois, depuis la transformation des écoles en établissements publics à caractère administratif (EPA), 75% des élèves contribuent aux frais de leur formation et devront plus tard, et de plus en plus, rechercher des possibilités d'emploi sur le marché du travail.

Il vient d'être créé (1999) un Institut de Santé Publique ayant pour mission la production des cadres spécialisés en santé publique, en épidémiologie et en information, éducation et communication en matière de santé dont les besoins au niveau des districts de santé sont énormes.

Une évaluation récente de la Faculté des Sciences de la Santé de Niamey a révélé des insuffisances graves intéressant plusieurs domaines tels que les infrastructures, le financement, l'information et la documentation, les équipements, le système de gestion, les ressources humaines ainsi que la recherche. Cette situation qui peut d'ailleurs s'appliquer à l'ensemble des institutions de formation du pays, est sérieuse et illustre bien l'état de délabrement dans lequel se trouvent lesdites institutions.

S'agissant de la formation continue, il n'existe pas encore de véritable cadre pour le pays en dehors des actions qui accompagnent certaines interventions des partenaires bilatéraux et multilatéraux lors de la mise en œuvre des programmes verticaux.

De même, la transformation des concepts énoncés dans la politique et les stratégies de santé, en programme de formation s'avère lente voire difficile. De plus, les pratiques de l'Etat - providence se poursuivent : l'Etat crée et entretient les Ecoles de Formation, forme, emploie, détache différents cadres dans des organismes parapubliques voire privés.

2.2.1.5. Les modalités actuelles de financement

L'Etat est, à travers les ressources budgétaires, le principal intervenant dans la production et l'emploi des ressources humaines pour la santé . En raison de la réduction drastique de ses moyens, l'Etat n'est plus à même de continuer à jouer un rôle aussi prépondérant.

2.2.1.6. La projection des effectifs actuels en 2010

Le Niger est en pleine période d'ajustement structurel ; la réduction de la masse salariale des employés de l'Etat constitue l'un des engagements fondamentaux pris par le Gouvernement en relation avec les institutions financières internationales, c'est-à-dire que le gel des recrutements à la Fonction Publique constitue désormais la règle même si des recrutements exceptionnels peuvent être autorisés de manière ponctuelle.

En vue de déterminer quel serait l'état des effectifs dans 10 ans, l'hypothèse de travail adoptée est une suspension prolongée des recrutements. La conséquence logique serait la baisse progressive des effectifs due aux départs à la retraite à 55 ans pour les fonctionnaires et 58 ans pour les auxiliaires, aux départs supplémentaires après 30 ans de service et aux autres causes de départs telles que les décès, démissions, révocations etc.

Au total, 2444 employés de l'Etat, tous corps et catégories confondus, auront quitté la Fonction Publique en 2009-2010, soit 40% des effectifs actuels.

De ce qui précède, il apparaît nécessaire et urgent d'organiser dès maintenant le remplacement progressif des effectifs afin de limiter les conséquences fâcheuses qu'une pénurie prolongée de personnel aurait certainement sur la qualité des services.

Particulièrement élevée, la rotation du personnel ne répond à aucun critère de rationalité ; au niveau des postes de responsabilité, elle évolue au gré de l'arrivée et du départ des responsables politiques.

De manière générale, la situation se résume à :

- une pénurie quantitative et qualitative de la plupart des catégories professionnelles voire même une absence complète de certaines (génie biomédical, managers de ressources humaines...) ;
- une crise de compétences (grands écarts entre le système de formation en entier et la politique et les stratégies de santé) ;
- une mauvaise répartition du personnel entre les villes et les campagnes, entre les différents niveaux de la pyramide du système ;
- une mobilité excessive du personnel ;
- une motivation insuffisante avec développement des attitudes contraires à l'éthique et, à la déontologie ;
- une non-maîtrise des ressources humaines dans le secteur privé,
- une inexistence de la définition des emplois ;
- une non-utilisation de certains personnels disponibles.

2.2.2. Ressources Matérielles

2.2.2.1. Les Infrastructures

Le Niger compte quatre catégories d'infrastructures sanitaires.

2.2.2.1.1. Les Infrastructures sanitaires publiques classiques

Elles répondent à l'organisation administrative mise en place, avec trois niveaux :

1^{er} niveau : Il correspond au district sanitaire comprenant du bas vers le haut :

- la case de santé qui est une structure de participation communautaire créée par l'arrêté n°0069/MSP/SG du 03 juin 1996 portant création, organisation et attributions du district sanitaire.

Selon l'arrêté n°0033/MSP du 11 février 1999 portant attributions et organisation de la case de santé, celle-ci sera mise en place au niveau des villages non dotés de centre de santé intégré, situés au delà de 10km d'un CSI dont la population dans un rayon de 5km est supérieure ou égale à 5000 habitants.

La case de santé assure les soins simples et de première nécessité entrant dans le cadre de la prévention des complications dues en général à une prise en charge tardive des cas.

Le paquet minimum d'activités de soins dévolu à la case de santé comprend :

- surveillance de l'enfant
- maternité à moindre risque
- planification familiale ;
- nutrition ;
- soins préventifs ;
- soins curatifs ;
- lutte contre les IST/SIDA ;
- médecine traditionnelle ;
- mobilisation sociale, EPS/IEC ;
- médicaments essentiels génériques ;
- hygiène et assainissement ;
- système national d'information sanitaire.

La case de santé est tenue par deux agents de santé communautaire, de sexe masculin et féminin aidés par les membres du comité de santé du village site.

Le Centre de Santé Intégré (CSI)

Il en existe deux sortes : CSI de type 1 et de type 2. Ils assurent tous les soins de premier contact au niveau des actes du paquet minimum d'activités. Un CSI de type I couvre une population de 5000 habitants. Les CSI de type 2 ont une capacité de mise en observation de 5 à 10 lits qui ne sont pas considérés comme des lits d'hospitalisation car les CSI n'ont pas vocation d'hospitaliser.

Le Niger en compte en septembre 1999, 417 CSI fonctionnels et en octobre 2000, 54 CSI nouvellement construits mais non équipés.

L'Hôpital de District

C'est le niveau de référence des CSI. Ils sont au nombre de 42 mais en réalité 13 seulement sont opérationnels : Niamey III, Ouallam, Gaya, Téra, Tessaoua, Loga, Matameye, Magaria, Say, Tillabéri, Konni, Bouza et Filingué. Quatre attendent soit des dispositifs médicaux, soit du matériel complémentaire pour être fonctionnels: Mirriah, Madaoua, Guidan Roumji et Madarounfa.

2^{ème} niveau: Il est constitué des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et de l'Hôpital Communal de Niamey.

Ils sont au nombre de cinq (5) (Maradi, Dosso, Tahoua, Diffa, Agadez) et constituent les centres de référence des HD au niveau régional.

3^{ème} niveau : Il comprend les Centres de référence autres que les EPA et les EPIC. Il s'agit du (CNAT), Centre National Anti-Tuberculose, le Centre National Dermato-Lèpre (CNDL), et du Centre National de Santé de la Reproduction (CNSR). Les maternités de référence sont au nombre de trois : Tassigui à Tahoua, Centrale à Zinder et la Maternité Issaka Gazobi transformée en EPA à Niamey.

2.2.2.1.2. Les EPA ó EPIC

Le secteur de la santé dispose aussi bien d'Établissements Publics à caractère Administratif que ceux à caractère Industriel et Commercial.

Répondent à cette législation les Hôpitaux Nationaux de Zinder et Niamey, l'Hôpital Lamordé de Niamey; les Ecoles de santé publique de Zinder et Niamey, l'Institut de Santé Publique de Niamey, le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), l'Entité Grossiste Répartiteur Détaillant (EGRD), la Soniphar, le Centre National de Radio Protection de Niamey, la Maternité Issaka Gazobi tous situés à Niamey.(tableau en annexe).

L'ONPPC dispose au total de 48 pharmacies populaires dans le pays dont 9 à Niamey.

2.2.2.1.3. Les Infrastructures sanitaires publiques relevant d'autres secteurs

Il s'agit des :

- Centres socio-sanitaires de la CNSS = au nombre de 5 implantés à Agadez, Maradi, Tahoua, Niamey et Zinder ;
- Services de Santé des Armées dont un hôpital militaire à Niamey ;
- infirmeries scolaires ;

Ces centres assurent des prestations sanitaires et sociales aux familles, aux scolaires et parfois à la population en général.

2.2.2.1.4. Les Infrastructures privées

Il en existe plusieurs catégories :

- les hôpitaux et cliniques privés ;

Il s'agit des hôpitaux des sociétés minières : (Somaïr, Cominak), à Arlit et Akokan ; de l'Hôpital de Galmi ;des cliniques Gamkallé, Prosanté, Kaba, Lahya, Polyclinique Souna, clinique Talfi, clinique Pasteur ;

Les autres structures sont composées de :

- 114 cabinets privés et salles de soins ;
- 30 infirmeries d'entreprise ;
- 25 cabinets médicaux ;
- 9 cabinets de soins spécialisés ;
- 42 pharmacies privées dont 35 à Niamey
- 4 centrales privées d'achat à Niamey (COPHARNI, SAPHAR, CENTRALPHARM, PHARMATEC).

Les formations sanitaires privées ont vu leur éclosion avec la mise en òuvre du Programme d'Appui à l'Initiative Privée et à la Création d'Emploi (PAIPCE) dans les années 1980. Malgré cet effort, la couverture sanitaire du pays reste insuffisante.

Le développement du secteur privé sanitaire a commencé en 1988, au lendemain de la mise en œuvre du PAIPCE. Depuis lors, plusieurs établissements sanitaires privés ont vu le jour, en grande majorité en milieu urbain, sauf en ce qui concerne les dépôts pharmaceutiques (voir Tableau n°6).

Tableau n°6 : Répartitions des établissements privés par catégorie en 1997 au Niger.

ETABLISSEMENTS	Total	Nbre en zone rurale	% en zone rurale
Hôpitaux	3	1	33
Infirmières d'entreprises	30	2	7
Salles de soins	89	15	17
Dispensaires	8	2	25
Cabinets médicaux	25	0	0
Centres médico-sociaux	18	4	22
Cliniques	13	0	0
Cabinets de soins spécialisés	9	3	33
Officines de pharmacie et dépôts pharmaceutiques	236	212*	90

Source : Revue des dépenses publiques 1990-1997 secteur santé, rapport final août 1998.

* Uniquement des dépôts pharmaceutiques

2.2.2.2. Couverture Sanitaire

Une des stratégies retenues dans le PDS 1994 à 2000 pour améliorer l'état de santé de la population est l'accroissement progressif de la couverture sanitaire par l'augmentation des investissements en matière d'infrastructures sanitaires.

Il faut noter que ces dernières années, des progrès sensibles ont été réalisés.

Le Tableau n°7 donne la répartition des formations sanitaires publiques par département.

Tableau n°7 : Formations sanitaires publiques par département, année 1999

	CSI I	CSI II	HD	CHD	MAT REF	HN	Total
AGADECZ	17	11	4	1	-	-	33
DIFFA	16	6	3	1	-	-	26
DOSSO	46	14	5	1	-	-	66
MARADI	41	12	7	1	-	-	61
TAHOUA	53	14	8	1	1	-	77
TILLABERY	55	19	6	-	-	-	80
ZINDER	55	21	6	-	1	1	84
CUN	20	16	3	-	1	2	43
Total	304	113	42	5	3	3	470

Source : DPS/ES/MSP

Sur la base des données du tableau n°7 et de l'évolution démographique, le Niger dispose d'une formation sanitaire publique (CSI I, CSI II, HD) pour 22 013 habitants en moyenne contre une

formation sanitaire publique pour 26 598 habitants en 1992. La couverture sanitaire a passé de 32% en 1994 à 47,687% en 1999. Le tableau ci-dessous donne le taux de couverture sanitaire par département

Tableau n°8 : Taux de couverture sanitaire par département, année 1999

Département	Population	Couverture sanitaire	Taux d'accroissement
AGADEV	319 079	60,45%	4,85%
DIFFA	208 684	45,26%	0,59%
DOSSO	1 477 090	39,75%	3,6%
MARADI	1 900 925	33,69%	3,78%
TAHOUA	1 740 224	38,69%	2,60%
TILLABERI	1 917 521	32%	3,30%
ZINDER	1 869 765	32%	3,3%
CUN	689 650	100%	4,7%
Niger	10 122 938	47,687%	3,4%

Source : Données DDS/ DPS/ES/ MSP

Il ressort de ce tableau que les départements les moins couverts sont Tillabéri, Zinder et Maradi. Leur situation n'est pas différente de celle du pays en 1994 en matière de couverture sanitaire. Cela ne peut être attribué à un manque d'investissement dans ces régions mais peut-être à un accroissement démographique plus important que les efforts fournis.

Le tableau fait également remarquer que deux départements (Agadez et Diffa) en dehors de la CUN ont dépassé l'objectif de 45% fixé dans le PDS 1994-2000 en matière de couverture sanitaire.

La relative amélioration de la couverture sanitaire cache des disparités spatiales considérables. Le milieu rural est défavorisé avec 28% seulement de la population ayant accès à une formation sanitaire de proximité alors que ce milieu regroupe 81% de la population du pays et 86% de l'ensemble des pauvres.

En dépit de l'amélioration de la couverture sanitaire, l'accessibilité géographique aux services de santé de base constitue un problème majeur à l'utilisation adéquate des services en milieu rural. La distance médiane pour atteindre l'établissement de santé le plus proche est de 9,1 kilomètres alors qu'en milieu urbain la totalité de la population vit dans un rayon de 5 kilomètres autour d'un établissement sanitaire (EDSN 1998).

Le tableau ci-dessous donne la couverture en soins essentiels des populations selon le milieu de résidence.

Tableau n° 9 : Couverture par les soins essentiels en fonction du milieu de résidence

Type de Soins	Urbain	Rural
Soins prénatals par du personnel de santé	90	30
Accouchements assistés par du personnel de santé	78	38
Vaccination (enfant 12-23 mois complètement vaccinés)	54	11
Planning familial (méthode moderne)	18,6	2,1

Source : Données extraites de EDSN, 1998

On constate que les services de santé sont particulièrement peu utilisés par le milieu rural. Cela est en partie imputable à la mauvaise organisation du système de soins. La couverture vaccinale des enfants du milieu rural est nettement inférieure à celle des enfants du milieu urbain : 11% seulement des enfants du milieu rural sont complètement vaccinés contre 54% en milieu urbain. Par ailleurs, presque

la moitié des enfants du milieu rural (47%) n'ont reçu aucune vaccination du PEV alors qu'ils sont seulement 7% en milieu urbain. Par ailleurs la qualité des services offerts reste de moins en moins satisfaisante.

2.2.2.3. L'équipement technique

Toutes les formations sanitaires ont été dotées d'un équipement lors du Boom de l'Uranium mais force est de constater aujourd'hui que cet équipement vétuste, longtemps amorti doit être remplacé.

Le plateau technique des Hôpitaux Nationaux et des CHD est actuellement obsolète hormis quelques matériels fruits des coopérations bi et multilatérale.

En réalité, la situation actuelle de l'équipement technique des formations sanitaires n'est pas connue. Il faut noter qu'en 1992 le pays totalise 4.423 lits d'hospitalisation répartis comme suit :

- 3 153 lits généraux ;
- 906 lits de maternité ;
- 364 lits de pédiatrie.

Ces lits sont inégalement répartis entre les régions.

Au niveau national on obtient :

- 1 lit général pour 3 190 habitants ;
- 1 lit maternité pour 577 naissances attendues ;
- 1 lit pédiatrique pour 13 540 enfants de moins de 15 ans.

2.2.2.4. La Logistique

Le parc automobile composé de véhicules de marques différentes est aussi dans un état critique, faute de maintenance et de ressources pour son renouvellement, le budget national ne l'a pas doté depuis les années du Boom de l'Uranium. Les seuls véhicules en état de marche ont été fournis par les différentes coopérations.

Cette situation entraîne des répercussions très négatives sur les approvisionnements des structures, les supervisions et les évacuations des malades vers les centres de référence.

Concernant les services de maintenance, le Ministère de la Santé Publique créait en 1979 : le Service d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile (SERPA), le Service d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux (SERAM) à Niamey, avec des antennes au niveau de tous les chefs lieux de département.

En 1986, il en créait un troisième, le Service d'Entretien et de Réparation du Matériel d'Exploitation (SERMEX) avec actuellement des antennes régionales.

Ces trois services de maintenance ont montré leurs limites avec la diversité des marques et l'insuffisance des moyens matériels (pièces de rechange), de financement, de ressources humaines qualifiées et de contrôle, alors même que leur bonne performance permettrait de réduire beaucoup de difficultés liées aux services de santé (approvisionnement en médicaments, vaccins et autres matériels).

2.2.3. Financement du système de santé

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 et financières qui entravent sérieusement son développement.

En effet, après plus d'une décennie de grands déséquilibres macro-économiques, une contraction de plus en plus prononcée des ressources internes notamment fiscales, la dégradation continue du pouvoir d'achat des populations, la chute des cours de l'Uranium et l'insuffisance du développement du secteur privé ont conduit à une diminution constante des investissements publics.

Chargé d'un secteur à la fois vital et coûteux, le Ministère de la Santé Publique n'a pas eu les moyens financiers nécessaires à la hauteur de ses obligations vis-à-vis de la population.

Cette analyse du financement du secteur de la santé est un exercice d'analyse transversale. Elle vise à apprécier la politique de financement de la santé au Niger après la mise en oeuvre des réformes entreprises ces dernières années pour mobiliser les ressources financières pour le développement du secteur.

2.2.3.1. Politique de Financement de la santé

Dans le cadre de la politique de financement, l'objectif visé est la recherche d'un partenariat entre l'Etat, les collectivités territoriales, les populations, les particuliers et les partenaires au développement afin d'accroître les ressources de la santé.

En effet, pour la mobilisation des ressources financières, le mécanisme en place devrait permettre la coordination et l'intégration des interventions de tous les partenaires.

2.2.3.1.1. Description du système de financement

Au Niger, comme dans la plupart des pays en développement, la question du financement du secteur de la santé reste d'actualité. Les principaux acteurs intervenant dans le financement du secteur de la santé sont :

• L'Etat et les collectivités territoriales

Le rôle de l'Etat serait d'agir sur les déséquilibres régionaux afin de garantir l'équité et la justice sociale. Pendant la mise en oeuvre du PDS 1994-2000, l'Etat cherchera à consacrer 6 à 10% du budget général au financement des activités de santé qui seront répartis sur la base des besoins régionaux.

Par ailleurs, les collectivités territoriales quant à elles doivent fournir 6 à 8% de leurs ressources financières à la santé.

• Les populations

Afin d'assurer une meilleure prise en charge et de compléter l'action de l'Etat, la participation financière des populations sera recherchée à travers la politique de recouvrement des coûts des soins de santé. Ce recouvrement des coûts sera réalisé conformément aux dispositions de la loi y afférente.

. **Les particuliers**

Les particuliers (nationaux ou non) et les associations participeront au financement de la santé à travers la poursuite des investissements pour la réhabilitation des infrastructures existantes et l'amélioration de la qualité des soins. Ils participeront également à l'extension de la couverture par l'ouverture de nouveaux établissements privés de soins répondant à des normes d'implantation et une réglementation appropriée.

La mobilisation des moyens financiers par la "zakat" sera expérimentée au profit des hôpitaux.

. **Les partenaires au développement**

L'appui extérieur sera sollicité tant pour les investissements que pour les médicaments et la formation. Cet appui doit être coordonné par le Ministère de la Santé Publique et orienté prioritairement vers la mise en oeuvre du Plan de Développement Sanitaire 1994-2000.

2.2.3.1.2. Le mécanisme de financement

L'État est l'un des principaux bailleurs de fonds pour le système de santé. Durant la mise en oeuvre du PDS 1994-2000, le budget alloué à la santé est de l'ordre de 6% du budget général. L'apport de l'État comprend également le financement des services de santé relevant des secteurs connexes comme l'Éducation, la Défense et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Les collectivités territoriales à travers des fiches d'opération inscrivent des dépenses pour la santé sur leur budget. Toutefois, cette participation des collectivités au financement des dépenses de santé a été limitée compte tenu des difficultés de mobilisation de ressources par ces entités.

Les populations contribuent au financement de la santé à travers le recouvrement partiel des coûts des soins de santé, les dépenses des ménages au niveau des établissements des soins privés à but lucratif et non lucratif (services de santé des entreprises, organismes religieux) et les assurances maladies.

Le secteur privé national participe au financement de la santé sous forme d'investissement essentiellement.

L'extérieur intervient sous forme de prêts, de subventions et d'assistance technique. L'aide extérieure est utilisée pour les investissements et l'achat des médicaments.

2.2.3.2. Analyse du financement du secteur

Le financement de la santé est tributaire de plusieurs facteurs. Le plus important de tous est la condition économique du pays. En seconde position vient le choix politique à travers la définition des priorités nationales. Ici intervient l'administration générale définie comme étant la "fonction d'un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien-fondé et de la légitimité de ses actions aux yeux des citoyens". L'exercice de cette fonction implique pour le ministère de la santé, non seulement la prise en compte des besoins réels en matière de santé mais aussi, le respect des principes d'équité, d'égalité et de solidarité dans la formulation et la mise en oeuvre de la politique de financement de la santé. Relèvent également de la responsabilité de l'administration générale l'utilisation efficiente

des ressources de santé ainsi que le contrôle et l'harmonisation du comportement des autres acteurs de la santé des secteurs connexes.

Pour mesurer le niveau d'engagement politique des gouvernements en faveur de la santé, des indicateurs ont été proposés par l'OMS aux pays en voie de développement. Par rapport au budget national, 10% sont recommandés soit à peu près le double du niveau actuel au Niger.

2.2.3.2.1. Evolution du budget du secteur

Il sera cas du budget de fonctionnement et du budget d'investissement.

2.2.3.2.1.1. Le budget de fonctionnement

Le tableau n°10 nous donne l'évolution du budget de fonctionnement de 1994 à 2000.

Tableau n°10 : Evolution du budget de fonctionnement de la santé de 1994 à 2000 par rapport au budget de fonctionnement de l'Etat en milliers de Francs CFA

ANNEES	BUDGET ETAT	BUDGET SANTE	POURCENTAGE
1994	165 395 917	9 654 651	5,83
1995	163 743 344	11 241 157	6,86
1996	173 922 278	11 571 361	6,65
1997	194 404 686	11 591 972	5,96
1998	204 013 102	12 705 000	6,22
1999	233 836 095	11 993 460	5,12
2000	200 423 000	11 717 617	5,84

Source : MSP/DAF/E/I

Le Tableau n°10 montre une évolution irrégulière du budget alloué à la santé. En moyenne, il est resté largement en deçà de l'objectif de 10% par rapport au budget général de l'Etat.

Cette évolution en dents de scie du budget de fonctionnement de la santé explique une faible performance de l'Etat dans la mobilisation des ressources financières, elle même due essentiellement à l'instabilité politique et une gestion irrationnelle qui empêchent toute continuité dans les actions et réduisent les ressources disponibles.

2.2.3.2.1.2. Le Budget d'Investissement

Le tableau n°11 illustre l'évolution du budget d'investissement de la santé.

Tableau n° 11 : Evolution du Budget d'Investissement de la santé de 1994 à 1999 en milliers de F CFA

Années	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Budget							
BIE	109 599	58 607	80 774	84 946	101 688	125 266	560 880
BIE/S	16 524	8 868	7 774	11 128	14 293	16 740	75 327
%	15,07	15,13	9,62	13,10	14,05	13,36	13,43

Source : MP/DFI/BIE

Aux inscriptions budgétaires sur la période 1994-2000, en moyenne 13,43% des ressources d'investissement sont consacrées au secteur de la santé. Ce qui répond largement aux recommandations de l'OMS.

Mais pour ramener les choses à leur proportion exacte et évaluer la part de l'Etat dans ce budget, il faudrait relever le volet Trésor de ce budget. On constate qu'elle a été en moyenne de 6,43% sur la période 1994-1998 (voir tableau n°12 ci-dessous)

Tableau n°12 : Part de l'Etat dans les investissements du secteur de la santé

ANNEES	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Volet Trésor	911 488	425 658	493 330	844 827	1 069 158	3 771 461
Extérieur	15 612 698	8 415 782	7 281 214	10 284 129	13 223 904	54 817 727
BIE/S	16 524 182	8 868 440	7 774 544	11 128 956	14 293 062	58 589 184
% volet Trésor BIE/S	5,51%	5,10	6,34	7,59	7,48	6,43

Source : MP/DFI/BIE

2.2.3.2.2. Evolution du budget par rapport au PIB

Durant la période 1996-1998, les dépenses du secteur ont absorbé une part équivalente à 2% du PIB en moyenne. Une hausse importante a été enregistrée en 1998. Elle est due à la reprise des dépenses d'investissement sur financement extérieur (dons et prêts) dans le secteur.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du budget du secteur par rapport au PIB en pourcentage.

Tableau n°13 : Evolution du budget du secteur par rapport au PIB de 1996 à 1998 (en pourcentage)

Années	1996	1997	1998
Rubriques			
Dépenses courantes	0,90	1,10	1,10
Dépenses d'investissement	0,50	0,60	1,20
Dépenses totales	1,40	1,70	2,30

Source : Revue des dépenses publiques santé exercice 1998.

Il ressort du tableau n°13 que la part des dépenses courantes du secteur est restée constante entre 1997 et 1998 tandis que celle des dépenses d'investissement a doublé au cours de la même période. Cette situation est en partie due à la reprise des investissements sur financement externe notamment le Projet Santé II et le Projet Santé FAD.

2.2.3.2.3. Dépenses réalisées dans le secteur

Au début des années 1990, le Niger a entrepris des réformes dans sa politique de développement sanitaire. Le Ministère de la Santé Publique a élaboré avec l'appui de ses partenaires au développement, un plan de développement sanitaire (PDS) 1994-2000. Ce plan stratégique indique les actions prioritaires à mettre en œuvre pour résoudre les principaux problèmes de santé auxquels le pays doit faire face.

2.2.3.2.3.1. Dépenses de fonctionnement par catégories économiques

Les dépenses de fonctionnement se décomposent en 4 grandes rubriques : le personnel, le matériel, le transport et les évacuations sanitaires, les transferts/ subventions.

Tableau n°14 : Evolution des dépenses de fonctionnement par catégorie économique (en milliers de F CFA) de 1994 à 1998

Années Catégories	1994		1995		1996		1997		1998	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Personnel	4 706 226	48,74	5 059 113	57,62	2 450 784	28,77	3 073 242	27,95	3 157 039	24,67
Matériel	3 600 178	37,28	2 320 548	26,43	3 608 918	42,40	4 800 899	43,67	6 090 807	47,59
Transport	446 946	4,64	603 667	6,87	686 166	8,07	948 450	8,64	1 148 177	8,97
Logement	0		0		0		0		234 170	1,82
Subventions	901 371	9,34	795 551	9,08	1 770 000	20,76	2 170 000	19,74	2 170 000	16,95
Total	9 654 661	100	8 778 879	100	8 515 868	100	10 992 591	100	12 800 193	100

A la lecture du tableau n°14, on remarque que les dépenses de fonctionnement ont évolué en dents de scie de 1994 à 1998 en passant de 9,6 milliards en 1994 à 12,8 milliards en 1998. De 1994 à 1995, elles ont subi une baisse relativement importante de 9,37%. Cette tendance a continué jusqu'en 1996 pour amorcer une hausse en 1997. Entre 1997 et 1998 cette hausse a été de 17,43% ce qui dénote la volonté du gouvernement de doter d'avantage le secteur de moyens conséquents de fonctionnement.

En outre, on constate que depuis 1996, les dépenses de matériel sont devenues beaucoup plus importantes que celle du personnel.

Cette situation peut s'expliquer par l'application de la nouvelle grille salariale, la limitation du recrutement de nouveaux agents dans le secteur et les arriérés de paiement de salaire. Par ailleurs l'augmentation des dépenses en matériel ainsi constatée ne veut nullement dire que le fonctionnement normal des services est garanti. En effet ces dépenses réalisées permettent dans la plupart des cas de maintenir le matériel existant alors que l'état actuel du matériel impose tout simplement des dépenses permettant son renouvellement.

2.2.3.2.3.2. Dépenses d'investissement

Les dépenses d'investissement dans le secteur santé, concernent la construction, la réhabilitation, l'équipement des formations sanitaires publiques et l'appui à certains programmes verticaux (SIDA, PEVI). En réalité, dans le budget d'investissement des dépenses de fonctionnement sont comptabilisées comme dépenses d'investissement car les salaires du personnel d'appui, les autres indemnités et frais de fonctionnement constituent une partie du budget des programmes verticaux. Pour mieux apprécier les dépenses d'investissement, il va falloir les dissocier de leurs charges récurrentes.

Le tableau suivant illustre l'évolution du budget d'investissement.

Tableau n°15 : Evolution des dépenses d'investissement dans le secteur santé de 1994 à 1999 en millions de FCFA

Années Budgets	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
BIE	52 346	44 616	41 286	54 686	65 885	69 648	328 467
BIE/S	9 677	8 198	5 504	6 976	9 082	16 838	56 275
%	18,48	18,37	13,33	12,75	13,78	24,17	17,13

Source : BIE/ MP/DFI

Durant la période 1994-1999, en moyenne 17,13% des dépenses d'investissement de l'Etat ont été réalisées dans le domaine de la santé.

2.2.3.2.3.3. Dépenses par sources de financement

Il s'agit ici d'identifier les différentes sources de financement des dépenses de santé dans le but d'apprécier l'effort de chaque intervenant dans le financement du secteur de la santé.

Les estimations se rapportent à l'année 1998 et couvrent les dépenses de fonctionnement et d'investissement. Les informations disponibles n'ont pas permis d'estimer la contribution des communautés et d'autres sources tel que le secteur privé.

Tableau n°16 : Dépenses de santé par sources de financement en 1998
(en millions de FCFA)

Sources Nature Dépenses	Etat	Collectivités	Populations	Particuliers	Extérieur	Total
Fonctionnement	5 024,81 39,98%	ND	ND	ND	7 541,44 60,02%	12 566,25 100%
Investissement	651,39 7,17%	ND	ND	ND	8 431,28 92,83%	9 082,67 100%
Total	5 676,2 25,20%	32 0,14%	840,13 3,74%	ND	15 972,72 70,92%	22 521,05 100%

Source : Données extraites de la revue des dépenses publiques secteur santé, exercice 1998

L'analyse des données du tableau n°16 indique que les ressources pour la santé en 1998 proviennent pour environ 70,92% de l'Extérieur, 25,20% de l'Etat, 3,74% des populations à travers le recouvrement des coûts et 0,14% des collectivités.

Il n'a pas été possible de déterminer la part des particuliers. Toutefois il a été constaté que leur intervention est ponctuelle et concerne très souvent la construction, l'équipement, la logistique et l'achat des médicaments. Par ailleurs ce tableau n'intègre pas les contributions des ONG/Associations et la CNSS. Mais il y a lieu de noter que la participation des ONG/Associations au développement du secteur sanitaire Nigérien s'est accrue ces dernières années. Leur contribution est constituée principalement d'un appui à l'achat de médicaments, des vaccins, à la fourniture du matériel et d'équipements, à la formation des agents de santé, à la sensibilisation des populations et à la prise en charge des frais de personnel (à l'exclusion des salaires du personnel expatrié), et d'investissement (construction des formations sanitaires de base, mobiliers et logistiques de transport). Elle est passée de 996 millions de FCFA en 1990 à environ 4 665 millions de FCFA en 1996 selon les résultats de l'Analyse de la contribution des ONG au financement des dépenses de santé au Niger réalisée par le REDES-SARL en juillet 1998.

Quant à la CNSS, elle contribue également au financement du secteur. A titre d'exemple, ses dépenses de santé étaient estimées à 593 millions de FCFA en 1990, 639 millions en 1996, 715 millions en 1997 et 667 millions en 1998. Il faut noter que la CNSS dispose de 7 centres médico-sociaux et un centre de promotion sociale, chargés de produire des prestations socio-sanitaires à travers le pays.

Le tableau n°16 montre un paradoxe au niveau du fonctionnement des services de santé qui, logiquement est le domaine où l'action de l'Etat doit être la plus importante. On remarque que les dépenses de fonctionnement sont financées à 60,02% par l'extérieur et 39,98% par le Niger.

La part de l'effort national au financement des dépenses d'investissement est très faible (7,17% des dépenses totales contre 92,83% pour l'extérieur).

Les dépenses de fonctionnement des services de santé hormis les charges liées au personnel sont financées entièrement par l'extérieur ces dernières années en l'occurrence la Communauté Européenne.

En effet depuis 1994, l'Union Européenne finançait le fonctionnement des services de santé en dehors des charges liées au personnel. De 1994 à 1997, elle a contribué à hauteur de 19 596 605 000 Francs CFA au fonctionnement des services de santé. En 1998, elle a financé 60,02% des dépenses de fonctionnement soit 7 541 440 000 Francs CFA sur un total déterminé de 12 598 250 000 Francs CFA.

La contribution de 32 millions soit 0,14% au financement total de la santé en 1998, illustre la faiblesse de l'effort des dépenses de santé par les Collectivités Territoriales. Cette proportion de 0,14% est largement en dessous de celle de 6% à 8% recommandée aux collectivités territoriales pour financer les actions de santé.

2.2.3.2.3.4. La répartition des dépenses par niveau de soins

Le système de santé au Niger comprend trois éléments essentiels qui sont liés entre eux de la façon suivante :

- Le niveau central (MSP) chargé de l'appui stratégique ;
- Le niveau intermédiaire (DRS) Direction Régionale de la Santé responsable de l'appui technique aux Districts Sanitaires (DS) ;
- et le niveau périphérique (District Sanitaire) qui est le champ d'application de toute la politique nationale en matière de santé.

2.2.3.2.3.4.1. Dépenses de fonctionnement

La répartition des dépenses de fonctionnement est faite par rapport à trois rubriques qui sont le personnel, les médicaments et autres à l'exception des dépenses en eau, électricité et téléphone.

Le tableau n°17 donne une synthèse de ces dépenses.

Tableau n°17 : Répartition des dépenses de fonctionnement selon les trois niveaux du système de santé et par rubriques en 1997 et 1998

ANNEES	1 9 9 7								1 9 9 8							
	Personnel		Médicaments		Autres		Total		Personnel		Médicaments		Autres		Total	
Rubriques	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%	10 ⁶ FCFA	%
Périphérique	1 729	43	716	37	657	22	3 099	35	1 807	45	1 254	47	1 154	20	4 216	34
Intermédiaire	895	22	388	20	1 070	36	2 353	26	946	24	766	29	2 374	41	4 086	33
Central	1 400	35	817	43	1 254	42	3 471	39	1 253	31	624	24	2 245	39	4 123	33
Total secteur santé	4 024	100	1 921	100	2 977	100	8 923	100	4 006	100	2 645	100	5 774	100	12 424	100

Source : Données recueillies dans les rapports des Revues des dépenses publiques du secteur de la santé période 1990 - 1997 et exercice 1998.

A la lecture du tableau n°17, les constats suivants se dégagent :

- Pour le fonctionnement des services de santé en 1997 et 1998, l'Etat a dépensé respectivement 10,9 milliards et 12,8 milliards de Francs CFA ;
- Sur les deux années, les proportions des dépenses par niveau du système ont été respectivement de 39% et 33% pour le niveau central ; 26% et 33% pour le niveau intermédiaire et pour le niveau périphérique 35% puis 34% ;
- L'examen par rubrique des dépenses de fonctionnement nous indique qu'en 1997 et 1998 le Ministère de la Santé Publique et les DRS ont absorbé 57% et 55% des dépenses en personnel contre 43% et 45% pour le niveau périphérique ; 63% et 53% des dépenses en médicaments contre 37% et 47% pour les DS ; 78% et 80% pour autres dépenses contre 22% et 20% pour le niveau périphérique.

Au regard de ces résultats, la répartition des dépenses de fonctionnement des années 1997 et 1998 semble être inéquitable au détriment du niveau périphérique. Pour renforcer cette observation de déséquilibre dans l'allocation des ressources de fonctionnement (hormis les salaires) aux différents niveaux de soins, l'analyse faite dans la RDP 1998 fait ressortir que les trois établissements du niveau tertiaire absorbent à eux seuls 20% des ressources contre seulement 28% aux 442 formations sanitaires du niveau primaire.

Aussi d'après les constats faits par la RDP période 1990-1997, 15 établissements de soins (Hôpitaux, maternités et centres de référence) ont consommé pour 319 milliards de francs en médicaments et autres frais de fonctionnement contre 1,37 milliard pour les 398 formations sanitaires du niveau périphérique soit un rapport de 2,33.

Ce déséquilibre du ratio n'est pas un désengagement de l'Etat par rapport aux formations sanitaires périphériques, mais plutôt pour permettre un redéploiement des ressources générées par le recouvrement partiel des coûts des SSP à ce niveau.

2.2.3.2.3.4.2. Dépenses d'investissement

Les dépenses d'investissement dans le secteur de la santé sont relatives aux infrastructures (construction, réhabilitation) et aux équipements des services.

Selon la RDP exercice 1998, le montant total de ces dépenses pour la période 1990-1998 a été de 57,6 milliards de francs CFA soit en moyenne 6,4 milliards /an.

Tableau n°18 : Répartition intra sectorielle des dépenses d'investissement selon les sources de financement de trois composantes en 1997 et 1998 (en milliers de Francs CFA)

Années	1997					1998					
	Sources	BN	Emprunts	ANR	Total	%	BN	Emprunts	ANR	Total	%
Composantes											
SSP	547	979 783	557 010	1 537 340	26,65	442 338	2 168 336	753 015	3 393 689	37,36	
S.H	164	372 429	0	372 593	6,46	133 372	388 714	0	522 086	5,75	
P.V	68 744	933 855	2 857 063	3 859 662	66,89	75 680	0	5 091 222	5 166 902	56,89	
TOTAL	69 455	2 286 067	3 414 073	5 769 595	100	651 390	2 557 050	5 874 237	9 082 677	100	

Source : Informations tirées de la RDP secteur santé, exercice 1998.

Légende

SSP = Soins de Santé Primaire

S.H = Secteur Hospitalier

PV = Programmes Verticaux

BN = Budget National

ANR = Aides Non Remboursables

De l'examen du tableau n°18, il se dégage les constats ci-après :

- Les dépenses d'investissement de 1998 ont connu une augmentation de 63,5% par rapport à celles de 1997 ;
- Les SSP ont consommé respectivement environ 27% et 37% de ces dépenses en 1997 et 1998 ;
- Environ 67% en 1997 et 57% en 1998 des dépenses d'investissement ont été faites dans le cadre des programmes verticaux ;
- Pour les dépenses d'investissement des deux années, la contribution du budget national a été de 1,2% en 1997 et 7,2% en 1998.

Les constats ainsi faits appellent les commentaires suivants :

Pendant ces deux années la part de l'Etat nigérien aux dépenses d'investissement dans les trois composantes (SSP, S.H, P.V) de la santé a été en moyenne de 4,2%. Cette proportion paraît très faible vu la priorité accordée par l'Etat au secteur de la santé.

Dans la déclaration de Politique Sectorielle de santé, pour relever les grands défis de développement, il a été proposé d'entreprendre des actions vigoureuses au tour de la décentralisation du système à travers la stratégie des SSP.

Ces soins de santé primaires sont les principaux piliers qui soutiennent le système. A ce titre des ressources conséquentes (surtout financières) sont nécessaires pour leur promotion. Or pour les années 1997 et 1998 les SSP n'ont consommé que 27% et 37% des ressources mobilisées pour les dépenses d'investissement. Ces proportions qui leur ont été octroyées semblent très insuffisantes comparées aux multiples besoins de cette composante essentielle.

L'essentiel des dépenses d'investissement a été réalisé (67% en 1997 et 57% en 1998) au niveau des programmes verticaux. Selon l'année, la contribution de chaque source est la suivante :

Tableau n°19 : Dépenses d'investissement du secteur santé par sources de 1994 à 1999
(en milliers de FCFA)

ANNEES	Trésor	%	Emprunts	%	ANR	%	Total	%
1994	310 207	3,20	4 304 356	44,47	5 063 436	52,33	9 677 999	100
1995	165 160	2,02	3 201 896	39,06	4 831 059	58,92	8 198 115	100
1996	414 121	7,54	1 095 240	19,90	3 995 051	72,57	5 504 412	100
1997	779 744	11,18	2 430 207	34,84	3 766 230	53,98	6 976 412	100
1998	651 390	7,17	2 557 050	28,16	5 874 237	64,67	9 082 677	100
1999	783 117	4,65	4 564 345	27,10	11 490 988	68,25	16 838 450	100
Total	3 103 739	5,52	18 153 094	32,25	35 021 011	62,33	56 277 834	100

Source : MP/ DFI/ BIE

Il ressort de ce tableau que sur les six ans (1994-1999) l'Etat Nigérien a contribué au financement des dépenses d'investissement du secteur de la santé à hauteur de 5,52%, les emprunts à 32,25%, les Aides Non Remboursables à 62,23%. Ce qui montre une fois de

plus la dépendance vis-à-vis de l'extérieur qui a financé les investissements de la santé à hauteur de 94,48% durant la période.

Les programmes verticaux ont été conçus et exécutés en vue de résoudre efficacement des problèmes spécifiques et prioritaires de santé publique vécus par la population à un moment donné. Ainsi ils sont pour les SSP un appui important. A ce titre l'Etat devrait leur apporter le soutien financier nécessaire pour leur mise en oeuvre. Or en regardant les proportions des contributions de dépenses d'investissement sur la période 1997-1998, celles de l'Etat sont très faibles (1,78% et 1,49%). Autrement dit la conception et la mise en oeuvre des Programmes Verticaux dépendent quasiment de l'extérieur (ANR, Emprunts).

2.2.4. Le médicament

2.2.4.1. Politique générale et dispositifs de gestion

Le médicament, une composante du trépied sur lequel repose la politique nationale en matière de santé, outil précieux de prévention et de lutte contre la maladie a de tout temps fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics. Cette volonté politique a été constamment manifestée à travers plusieurs actes de portée nationale et internationale par lesquels le médicament a connu une évolution significative durant trois grandes périodes.

2.2.4.1.1. La période allant de 1962 à 1992 :

Avant 1962, la pharmacie d'approvisionnement, seule officine implantée depuis 1953 dans la capitale tentait de couvrir les besoins de la population en médicament. L'insuffisance des ressources financières jumelée à l'accroissement très rapide de la demande ont engendré des ruptures de stock fréquentes et pénibles pour la population.

C'est dans ce contexte de dysfonctionnement des services de santé que l'Etat a créé en 1962 l'ONPPC structure étatique à but lucratif, jouissant d'un monopole d'importation des médicaments. Il était aussi chargé de la gestion du secteur pharmaceutique, de créer sur l'étendue du territoire national tous dépôts ou officines pour la vente des médicaments afin de répondre aux besoins des populations.

Confronté à un dysfonctionnement de ses structures actuelles dû à une gestion peu efficace, une absence de planification stratégique à long terme, une difficulté chronique de trésorerie, l'ONPPC n'arrive plus à accomplir effectivement la mission qui lui est assignée à savoir d'assurer la disponibilité géographique et économique du médicament. Malgré les efforts déployés dans le secteur pharmaceutique, la disponibilité précaire des médicaments essentiels persiste.

Le Niger a pris des engagements internationaux à une réforme fonctionnelle du système de santé :

- 1975 : Résolution WHA 28.66 à l'Assemblée mondiale de la santé a recommandé des stratégies aux états membres quant aux choix, l'achat des médicaments essentiels de qualité bien établie à des prix raisonnables (concept de ME).
- 1977 : Elaboration de la première liste des médicaments essentiels par l'OMS (guide pour les pays).
- 1978 : Adhésion à la déclaration d'Alma-Ata et à la stratégie des SSP dont la 8^{ème} composante est de fournir aux populations des médicaments essentiels de qualité.

- 1985 : La souscription au scénario de développement sanitaire en trois phases (Déclaration de Lusaka).
- 1987 : Initiative de Bamako.
- 1988 : Dosso : embryon de liste de MEG.

La création de la DPHL/PT avec pour attributions la conception, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la politique nationale en matière de médicament, laboratoires et pharmacopée traditionnelle (Décret n°91-053/PM/MSP du 26 décembre 1991) + Arrêté n°00263/MSP/DPHL/PT du 30 novembre 1999.

2.2.4.1.2. La période de 1992 à 1996

- 1992 : Elaboration de la première liste nationale des ME (LNME).
- 1993 : Première révision de la liste nationale des ME.
- 1994 : Elaboration du manuel de prescription des ME.
- 1995 : La déclaration de la politique sectorielle de santé fait de l'accroissement de la disponibilité en médicaments une de ses stratégies.

Cet accroissement se fera par la mise en place d'une politique des médicaments Essentiels génériques visant à réduire le coût des médicaments pour les rendre accessibles au pouvoir d'achat des populations et en améliorant la politique d'approvisionnement, en augmentant la qualité de la formation du personnel pour une rationalisation de la prescription et une restructuration de l'ONPPC.

- 1995 : Elaboration de la Déclaration de Politique Pharmaceutique Nationale (DPPN).

L'analyse de la situation du secteur pharmaceutique a permis d'identifier les problèmes prioritaires. La décision qui en résulte est la restructuration du secteur pharmaceutique. Pour y parvenir, une déclaration de politique pharmaceutique nationale a été élaborée et adoptée en Mars 1995.

Le but de cette politique est de faire du Médicament un outil de promotion de la santé en général, de prévention et de lutte contre la maladie en particulier.

Les orientations de cette DPPN précisent que : « de façon plus spécifique, dans le domaine du Médicament, la politique consistera à assurer la disponibilité des médicaments essentiels génériques de qualité à des prix accessibles à la majorité de la population et à assurer leur usage rationnel tout en améliorant les outils de production ».

Pour ce faire, ses objectifs majeurs sont :

- mettre en place une législation adaptée ;
- mettre en place un système performant d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et dispositifs médicaux ;
- assurer une disponibilité permanente des MEG d'efficacité, de sécurité et de qualité suffisantes, géographiquement et économiquement accessibles pour les individus, les familles et les communautés ;
- s'assurer qu'à tous les niveaux du système de santé, les médicaments essentiels sont prescrits, dispensés et utilisés rationnellement ;
- assurer le contrôle de la qualité et de la stabilité des médicaments importés et ceux fabriqués localement ;

- améliorer la gestion du secteur pharmaceutique ;
- promouvoir la recherche et le développement dans le secteur pharmaceutique y compris la pharmacopée traditionnelle ;
- mettre en place un système efficace d'information pharmaceutique et de pharmacovigilance ;
- assurer la formation du personnel à tous les niveaux dans les domaines prioritaires du secteur pharmaceutique.

Pour réaliser ces objectifs, des stratégies d'intervention ont été identifiées et sont relatives à :

- la législation et réglementation des médicaments et matériel médical par la mise en place d'un cadre juridique adapté afin de régir l'ensemble du secteur pharmaceutique ;
- au choix des médicaments et produits pharmaceutiques en conformité avec les normes nationales en la matière ;
- l'approvisionnement en médicaments et matériel médical en tenant compte de l'importation et de la production locale ;
- au coût des médicaments et politique des prix qui garantiraient des médicaments de qualité accessibles à la majorité de la population ;
- l'assurance de la qualité des médicaments à travers le LANSPEX qui doit être doté de moyens conséquents indispensables à son fonctionnement et son inscription dans un système international d'accréditation ;
- l'utilisation rationnelle des médicaments et matériel médical englobant la sélection, la disponibilité de médicaments et matériel médical de qualité, leur prescription conformément à des normes et standards nationaux par un personnel compétent dans le cadre d'une dispensation efficiente de soins de santé à une population avertie et coopérante ;
- la disponibilité des ressources financières pour permettre d'acquérir des ME en priorité, sous forme générique, de qualité, accessibles économiquement et géographiquement à la majorité de la population ;
- la promotion de la recherche fondamentale afin de développer le secteur pharmaceutique dans le pays ;
- la surveillance de la sécurité des MEG mis sur le marché à travers une pharmacovigilance efficace ;
- au développement de la coopération technique.

Après l'élaboration et l'adoption de la Politique Pharmaceutique Nationale le 31 mars 1995, l'Etat du Niger s'est résolument engagé dans la voie de la mise en œuvre des stratégies fondamentales développées pour l'atteinte des objectifs de cette politique.

Il s'agira à cette étape de traduire en actions concrètes la politique pharmaceutique dont les principaux objectifs consistent à :

- assurer la disponibilité des MEG de qualité à des prix accessibles à la majorité de la population ;
- améliorer les outils de la production locale des médicaments ;
- définir un cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique ;
- améliorer la gestion économique et financière de l'ensemble du secteur pharmaceutique.

La traduction de cette politique pharmaceutique se fera à travers un Plan Directeur Pharmaceutique National (PDPN) conçu pour une période de cinq (5) ans. C'est dans cette optique que l'État a adopté en octobre 1995 le PDPN, constitué de deux parties :

- le PDPN qui est un plan global déterminant les actions importantes dont la mise en œuvre est susceptible de modifier de manière significative et durable la situation du secteur pharmaceutique ;
- le PAP (Plan d'Actions Prioritaires) qui contient les programmes prioritaires à mettre en œuvre dans les court et moyen termes .

Le PDPN s'articule autour de quatre (4) domaines susceptibles de couvrir l'ensemble des problèmes du secteur pharmaceutique :

- domaine de la politique, de la coordination, de la gestion économique et financière du secteur pharmaceutique ;
- domaine de l'approvisionnement ;
- domaine de l'usage rationnel des médicaments ;
- domaine de l'assurance de la qualité des médicaments.

Dans chacun de ces domaines, les problèmes ont été identifiés, les objectifs fixés, les activités arrêtées ainsi que les ressources à mobiliser et indicateurs déterminés.

Dans le domaine de la politique, de la coordination et de la gestion économique et financière du secteur pharmaceutique, les problèmes ci-dessous ont été identifiés :

- cadre juridique limité et inadapté ;
- insuffisance du système de sélection des médicaments ;
- insuffisance et gestion peu performante des ressources humaines ;
- insuffisance dans le domaine de la recherche-développement ;
- coopération technique inadaptée ;
- insuffisance et gestion peu efficiente des ressources financières.

En ce qui concerne le domaine de l'approvisionnement, les problèmes suivants ont été identifiés :

- approvisionnement irrégulier et importation illicite des produits pharmaceutiques ;
- mauvaise conservation et insuffisance de la gestion des stocks ;
- faiblesse de la production locale ;
- faiblesse du système de distribution ;
- prix des médicaments élevés par rapport au pouvoir d'achat des populations.

Dans le domaine de l'utilisation des médicaments un seul problème a été identifié, celui de leur prescription non rationnelle à tous les niveaux.

Enfin, dans le domaine de l'assurance de la qualité des médicaments, les problèmes suivants ont été identifiés :

- insuffisance de la législation portant sur l'assurance de la qualité des médicaments ;
- faiblesse du système d'assurance de la qualité.

Après l'identification de ces problèmes, un plan d'actions prioritaires a été élaboré autour de cinq programmes prioritaires à développer :

Programme n°1 : Actualisation du cadre juridique et renforcement de la réglementation pharmaceutique.

Programme n°2 : Formation et gestion rationnelle des ressources humaines.
Quatre (4) cadres de la DPHL/PT ont bénéficié de la formation spécialisée en gestion pharmaceutique appliquée au secteur public constituant ainsi un pool de formateurs nationaux.

Programme n°3 : Amélioration de l'assurance de la qualité.

Programme n°4 : Information, éducation et communication (IEC) sur les médicaments.

Programme n°5 : Mobilisation et gestion rationnelle des ressources financières et matérielles.

2.2.4.1.3. La période de 1996 à 2000

Durant cette période les réalisations suivantes ont été faites :

* L'Ordonnance n°96-74 du 28 novembre 1996 portant libération de l'importation des médicaments et produits pharmaceutiques a été adoptée.

L'application de cette ordonnance a permis la création de quatre (4) centrales d'achat privées : Centralpharm, Copharni, Saphar et Pharmatech.

* La Restructuration de l'ONPPC en trois entités distinctes à savoir :

- L'ONPPC Entité GRD
- Le LANSPEX érigé en EPA et en laboratoire de contrôle sous-régional avec l'appui technique de l'OMS
- La SONIPHAR constitué de 51% de capitaux Belges de 49% de capitaux nationaux (ONPPC) a vu sa gamme de production accroître passant de six (6) produits à une quinzaine (cf. Nomenclature des produits et prix indicatifs S.A. SONIPHAR).

*1997 : L'élaboration et l'adoption des textes législatifs et réglementaires pharmaceutiques suivants :

- . L'Ordonnance n°97-02 du 10 janvier 1997 portant législation pharmaceutique a été signée ;
- . Le Décret n°97-301/PRN/MSP du 06 août 1997 déterminant les modalités d'application de l'ordonnance n°97-02 du 10 janvier 1997 a été pris ;
- . Le Recueil des textes législatifs et réglementaires pharmaceutiques a été élaboré.

Approvisionnement des Formations Sanitaires (FS).

Il se fait essentiellement à travers deux réseaux : public et privé.

- **Réseau Public** : représenté principalement par l'ONPPC à travers :

- Le dépôt régional de Niamey qui ravitaille les régions de Tillabéri, Dosso, Tahoua et la CUN ;
 - Le dépôt régional de Zinder desservant les régions d'Agadez, Diffa, Maradi et Zinder ;
 - Le dépôt UNICEF de Maradi ;
 - Les 48 pharmacies publiques dont 9 à Niamey ;
 - Les 127 dépôts communautaires.
- **Réseau privé** : il se compose de :
 - Quatre (4) centrales d'achat : Centralpharm, Copharni, Saphar et Pharmatech ;
 - Quarante deux (42) pharmacies privées dont : 35 à Niamey, 1 à Agadez, 1 à Dosso, 2 à Maradi, 1 à Tahoua et 2 à Zinder.
 - Quatre vingt cinq (85) dépôts pharmaceutiques.

Assurance de la qualité du Médicament

Le Niger dispose dans ce domaine d'un laboratoire de référence régionale : le LANSPEX qui est chargé du contrôle de la qualité des médicaments.

C'est ainsi que les médicaments quelle que soit leur provenance, doivent être testés par ce laboratoire avant leur mise en consommation.

Mais force est de constater que ce laboratoire bien qu'érigé en EPIC n'a pas les moyens de sa politique. Il lui manque de ressources aussi bien humaines que matérielles et financières.

Rationalisation de l'utilisation des médicaments

Le médicament étant l'une des composantes du trépied sur le lequel repose la politique nationale en matière de santé, sa gestion rationnelle à tout temps été le souci des gouvernements.

C'est ainsi que des ordigrammes ont été conçus pour rationaliser l'utilisation des médicaments.

La stratégie plainte traitement (SPT) a été développée à travers toutes les formations sanitaires publiques du secteur non hospitalier accompagnée d'une formation générale des agents de santé en gestion des médicaments et vaccins.

C'est la preuve de cette rationalisation. La SPT a été conçue et mise en œuvre par le Ministère de la Santé Publique avec l'aide de la coopération belge. Elle permet, à la suite d'une plainte de faire des sorties d'ordigramme et de proposer un traitement adéquat et rationnel.

2.2.4.2. Dispositif de financement des produits pharmaceutiques

Au Niger le financement du médicament est assuré essentiellement par quatre canaux qui sont :

2.2.4.2.1. La Régie des médicaments et dispositifs médicaux

Créée par arrêté n°0072-MSP du 20 juin 1994 la Régie des médicaments et consommables médicaux a pour rôle, dans le cadre de la convention de financement n°5160/NIR du Programme Sectoriel d'importation de médicaments et d'intrants pour le système productif et le Protocole d'accord entre le Gouvernement, la Commission Européenne et l'ONPPC en date du 10 mars 1994, de gérer le compte médicaments essentiels des formations sanitaires ouvert auprès de la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO).

Dans ce cadre général, la régie est tenue :

- de vérifier la disponibilité des crédits de chaque formation sanitaire publique (FSP) avant

transmission des commandes à l'ONPPC ou aux autres fournisseurs ;

- de tenir pour chaque FSP un compte enregistrant la dotation initiale et les consommations successives à partir des livraisons de l'ONPPC et des autres fournisseurs ;
- de réunir, d'introduire dans la chaîne des dépenses et de suivre le traitement des pièces comptables nécessaires à l'apurement et à la liquidation des dépenses ;
- de régler les factures le plus rapidement possible à l'ONPPC et aux autres fournisseurs.

La Régie des MEG est organisée sur la base de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable.

Le Régisseur qui est le Directeur de la Pharmacie des Laboratoires et de la Pharmacopée Traditionnelle au MSP est chargé de l'élaboration du devis et de toutes les opérations d'engagement et d'ordonnancement. Il est désigné par l'Ordonnateur National et placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

Le comptable qui est le Directeur des Affaires Financières de l'Équipement et des Infrastructures est chargé de l'exécution des paiements et du recouvrement des recettes. A ce titre, il assure la comptabilité des opérations en engagements et en paiements (livres et journaux de caisse et de banque).

Il est responsable devant l'Ordonnateur National par lequel il doit être désigné. Tous les mouvements de fonds du compte BCEAO se font sur double signature du régisseur et du comptable.

Cette régie gère les fonds mis à la disposition du Niger par l'Union Européenne sous forme d'aide budgétaire.

2.2.4.2.2. Le recouvrement des coûts dans le secteur non hospitalier

Il se fait au niveau des formations sanitaires périphériques et au niveau de l'hôpital de district.

Il consiste à recouvrer partiellement les coûts de médicaments selon un tarif bien étudié de ces formations sanitaires.

En réalité il s'agit d'une rétrocession des médicaments aux clients afin de recouvrer une partie des coûts des prestations des soins à réinvestir dans le système de santé.

2.2.4.2.3. Les fonds de roulement de produits pharmaceutiques

Cette méthode avait été utilisée en ce qui concerne la chloroquine de 1987 à 1992 pour obtenir la disponibilité de cette molécule antipaludéenne. Cette méthode est généralisée sur toutes les molécules.

2.2.4.2.4. Les Dépenses des ménages

Elles se font exclusivement en médicaments et consommables médicaux.

Une enquête réalisée sur le budget et la consommation des ménages au Niger de 1989 à 1994 (profil de pauvreté au Niger novembre 1994) a estimé la part des dépenses de santé et d'hygiène des ménages à 1900 F CFA par personne et par an en milieu rural et à 3 100 F

CFA en milieu urbain. En partant de cette étude il est possible d'évaluer la contribution des ménages au financement de la santé.

2.3. Prestation des soins et services de santé

2.3.1 Soins curatifs

Le système de soins de santé au Niger est organisé essentiellement autour de formations et institutions sanitaires publiques et privées.

Les informations ci-dessous données sont collectées uniquement pour le premier niveau qui est celui correspondant au district sanitaire. En effet ce niveau dit opérationnel est le champ d'application de la politique nationale en matière de santé publique.

Les indicateurs suivants ont été recueillis dans les rapports annuels 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998 du SNIS.

Le nombre de nouveaux cas par an et par habitant (NC / an / ht) était de 0,34 en 1994 ; 0,35 et 0,38 en 1995 et 1997. Ceci signifie que depuis 1994 environ un nigérien sur trois (1/3) utilise le service curatif des formations sanitaires. Cette proportion est au dessous de la norme de 0,5 NC / an / ht admise comme seuil d'utilisation acceptable des consultations curatives.

Les autres indicateurs d'hospitalisation sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau n°20 : Indicateurs nationaux des prestations de services d'hospitalisation des hôpitaux de district de 1994 à 1998.

Années	1994	1995	1996	1997	1998
Indicateurs					
Taux d'occupation des lits (%)	20,64	32,32	32,92	18,35	27,84
Durée moyenne de séjour	4,75	4,37	4,13	4,99	5,4
Taux d'évacuation (%)	0,28	0,27	0,35	0,38	2,62
Taux d'évasion (%)	5,38	4,32	3,94	3,54	3,9
Taux de décès (%)	7,8	7,75	6,94	6,43	8

Source : Rapports annuels SNIS

Commentaires

- Le taux d'occupation des lits depuis 1994 est resté très faible (<50%). En effet après une légère amélioration en 1996 avec environ 33% ce taux a régressé en 1997 (18%) pour se retrouver en dessous de celui de l'année de base (environ 21%).
- La durée moyenne de séjour est d'environ 5 jours pour les 4 années, ce qui pourrait être acceptable.
- Les taux moyens d'évasion à 4% et celui d'évacuation à 0,30% paraissent faibles.
- Quant au taux moyen de décès il est d'environ 8%. Ce taux semble assez élevé.

2.3.2. Les soins préventifs

Conformément à la déclaration de la politique sectorielle de santé de Juillet 1995, en matière de soins préventifs, le couple mère - enfant devrait faire l'objet d'une attention particulière à travers des activités de suivi pré et post natal, de consultations de nourrissons, de vaccinations, de réhabilitation nutritionnelle et de planification familiale.

Pour concrétiser cette option, le PDS s'est fixé comme objectif général de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant y compris la planification familiale, afin de réduire les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile.

2.3.2.1. Consultations pré et post natales

Après 5 années (1994 à 1998) de mise en œuvre du PDS, les résultats obtenus dans ce domaine sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°21 : Indicateurs nationaux des activités de consultations pré et post natales de 1994 à 1998

Années	1994	1995	1996	1997	1998
Indicateurs					
Taux de couverture en CPN *	30,75	35,64	40,09	38,63	
Taux de dépistage de grossesse à risque *	25,05	23,71	21,87	ND	23 ,2
Taux de consultations postnatales **	-	-	-	-	23,9
Taux d'accouchement effectués par un personnel qualifié **	-	-	-	-	44
Nombre moyen CPN / femme * enceinte	2,3	2,4	2,51	2,5	2,6

Sources :

* SNIS, compilation des rapports trimestriels de médecine de soins des années 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998 des DS.

** Enquête Démographique et de santé 1998.

Commentaires

A la lecture du tableau ci-dessus, un certain nombre de constats se dégagent :

- Le taux de couverture pré natale durant les 5 années est en moyenne de 35%, ce qui signifie qu'une femme sur trois (1/3) a accès aux CPN ;
- Le taux moyen de dépistage de grossesses à risque est d'environ 24%.
- En 1998, seulement 24% des femmes ayant accouché se sont rendues en consultations postnatales faites par un personnel qualifié.

C'est lors de ces consultations postnatales que sont assurés le suivi de l'état de santé de la mère et de l'enfant, l'information sur la planification familiale, les vaccinations et les conseils nutritionnels pour une meilleure croissance de l'enfant.

Selon l'EDS 1998 (p 127), 44% des naissances des trois dernières années ont été assistées par les sages-femmes, les médecins et les matrones formées. Comparé à 1992, il y a eu une amélioration de l'ordre de 34%. En effet 33% de naissance, ont bénéficié d'une assistance à l'accouchement en 1992 contre 44% en 1998.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent commencer au premier trimestre de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. Au Niger la norme est fixée à 3 visites. L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le nombre moyen de visites prénatales par femme enceinte de 1994 à 1998 est de 2,6 donc inférieur à la norme nationale.

2.3.2.2. Consultations de nourrissons

Tableau n°22 : Indicateurs nationaux des activités de consultations nourrissons de 1994 à 1998.

Années	1994	1995	1996	1997	1998
Indicateurs					
Taux de couverture des enfants 0-11 mois *	23,72	27,35	33,62	33,21	?
Taux de dépistage des MPE (0-5 ans) *	10,13	9,35	9,85	22,07	9,8
Taux de couverture en vit A des enfants de moins de trois ans	-	-	12 ***	-	19,8 **
Taux d'utilisation de la TRO	-	-	85 ***	-	72 **

Sources :

* SNIS, compilation des rapports trimestriels de médecine de soins 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998 des D.S.

** EDS 1998.

*** Enquête à indicateurs multiples (MICSS).

Commentaires

- Le taux de couverture en CN des enfants de moins d'un an (0-11 mois) bien que progressif paraît faible. Car en 1994 moins d'un enfant sur 4 avait accès à la CN, en 1995 cette proportion a été de 1/4 enfant en 1996 et en 1997 elle était de 1/3 enfant.
- Le taux de dépistage de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) chez les enfants de moins de 5 ans durant les 5 ans varie d'un minimum de 9% en 1995 pour atteindre un maximum de 22% en 1997.

Dans le cadre de la revitalisation du système de santé et, dans le souci d'améliorer la couverture des activités de Consultations de Nourrissons, le Niger a procédé à l'extension des activités de Promotion de la Croissance à Assise Communautaire (PCAC). Actuellement, ces activités sont menées dans 389 villages répartis dans les arrondissements d'Aguié, Madarounfa, Mayahi, Tessaoua, Madaoua, Abalak, Tchintabaraden, Say, Kollo, Ouallam, Tchirozérine et la Commune d'Agadez. Il s'agit de la prise en charge par les communautés

elles-mêmes, de l'organisation des pesées mensuelles de tous enfants de moins de 3 ans des villages, par des équipes de femmes bénévoles formées et équipées à cette fin.

Le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) a aussi fait l'objet des deux enquêtes. Les résultats se sont basés sur la connaissance ou la pratique de la TRO par les mères des enfants.

Ainsi en 1996, 85% des mères des enfants atteints de diarrhée en auraient fait recours à la TRO, ce taux baisse en 1998 à 72%.

2.3.2.3. Vaccinations

Tableau n°23 : Indicateurs nationaux de couverture en antigènes du PEV de 1994 à 1999 chez les enfants de moins de 11 mois et chez les femmes enceintes (VAT2 et +).

Années	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Antigènes						
BCG	32%	50%	61%	44%	42%	23%
DTCP3	20%	23%	32%	28%	25%	14%
VAR (rougeole)	27%	43%	58%	42%	55%	36%
VAT2 et plus	36%	36%	32%	33%	42%	27%

Source : Rapports annuels d'activités DN/PEV

Commentaires

D'une manière générale il est à constater que tous les taux de couverture des antigènes des deux groupes cibles sont fluctuants.

Concernant la vaccination des enfants de moins de 11 mois la situation se présente comme suit :

- Pendant les 6 années, seul en 1995, un enfant sur 2 a été vacciné pour le BCG (50%) et un peu plus (61%) en 1996. La situation se détériore et ce taux de couverture chute à 23% en 1999.
- Pour le DTCP3, pendant les six ans le taux évolue en dents de scie pour atteindre son niveau le plus bas en 1999 (14%).
- Pour le vaccin anti-rougeoleux les taux de vaccination les plus élevés (avec plus de 1 sur 2 enfant vaccinés) ont été obtenus en 1996 (58%) et en 1998 (55%) et le plus bas (36%) a été enregistré en 1999.

Quant au VAT2 +, hormis 1998 avec un taux de couverture de 42%, les autres années les résultats ont été médiocres surtout en 1999 (27%).

Tableau n°24 : Indicateurs nationaux de couverture en antigènes du PEV chez les enfants de 12 à 23 mois en 1996 et 1998.

Années	1996 *	1998 **
Antigènes		
BCG	53%	47,3%
DTC3	24%	25%
P3	22%	24%
VAR	41%	34,9%
Enfants complètement vaccinés	18%	18,4%

Sources :

* MICSS 1996

** EDS 1998

Commentaires

Rappelons que dans le domaine de la vaccination, l'objectif spécifique du PDS était d'accroître la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois de 17,4% en 1994 à 55% à l'an 2000.

Les résultats des deux enquêtes contenus dans le tableau n°24 indiquent que la proportion des enfants de cette tranche d'âge complètement vaccinés est respectivement de 18% en 1996 et 18,4% en 1998. Ce qui signifierait que le taux de 17,4% en 1994 ne s'est accru que de 0,6% en 1996 (2 ans après), puis de 0,4% en 1998 (2 autres années après). Autrement dit après 4 années de mise en œuvre du PDS cet indicateur n'a progressé que d'un point.

2.3.2.4. La planification familiale

Dans ce domaine, le PDS s'est fixé comme objectif d'accroître la prévalence de l'utilisation de la contraception moderne de 2,3% en 1994 à 10% en l'an 2000.

D'après les données du SNIS en la matière, le taux brut d'utilisation chez les femmes en âge de procréer a été de 7,16% en 1995, 8,8% en 1996 puis a atteint 8,95% en 1997. Si la tendance se maintient il y aurait une forte probabilité d'atteindre l'objectif.

2.3.3. Soins promotionnels

2.3.3.1. L'allaitement exclusif au sein

Ici, l'objectif du PDS était d'accroître de 1% en 1994 à 10% en l'an 2000 la proportion des femmes pratiquant l'allaitement exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois de vie de l'enfant. Cet objectif semble être difficile à atteindre si l'on se réfère aux résultats de l'EDS 1998, page 118 où il est écrit ceci : « globalement moins de 1% des enfants de 0 à 3 mois sont allaités selon les recommandations de l'OMS. Aussi, 58% reçoivent de l'eau en plus du lait et 41% reçoivent d'autres types d'aliments en plus du sein .»

2.3.3.2. La promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles

La promotion de bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles constitue une des composantes des soins de santé primaires. Cette composante trouverait son application dans

la mise en œuvre du Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN) conformément à l'engagement pris par les Etats lors de la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN).

A ce titre un document de plan d'action a été élaboré et soumis à l'appréciation du Secrétariat Général du Gouvernement. Il n'est pas encore adopté par le Gouvernement.

Il comporte les stratégies suivantes :

- Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages ;
- Lutte contre les carences nutritionnelles ;
- Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel ;
- Promotion des régimes alimentaires et des modes de vie sains ;
- Promotion de l'allaitement maternel ;
- Amélioration de la qualité et de l'innocuité des aliments ;
- Evaluation, analyse et surveillance de la situation alimentaire et nutritionnelle ;
- Coordination inter sectorielle et intégration des objectifs nutritionnels dans les politiques et programmes de développement ;
- Lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires

2.3.3.3. Promotion de l'hygiène du milieu

Depuis la déclaration d'Alma-Ata et la DIEPA, le gouvernement a fait des efforts pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement en tant que partie intégrante des soins de santé primaires. Toutefois les progrès ont été lents à cause de la faible mobilisation des ressources.

C'est ainsi que l'évaluation de la DIEPA (Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement, 1981 à 1990) a révélé que seulement 4% de la population rurale avaient accès à un assainissement satisfaisant contre 69% en milieu urbain.

Dans le but d'améliorer cette situation, un document cadre de politique nationale en matière d'hygiène et d'assainissement a été élaboré.

2.3.3.4. Activités d'Education pour la Santé

Les activités d'éducation pour la santé qui visent un changement de comportement favorable à la promotion de la santé de base commune à tous les programmes de santé n'ont pas pu être exécutées de façon intégrée comme le préconise la politique sectorielle de santé. Aussi l'évaluation des comportements souhaités n'a pas pu être menée.

Cependant un cadre de concertation a été créé par arrêté du Ministre de la Santé Publique et une politique nationale d'éducation pour la santé a été élaborée.

2.4. Etat de santé de la population

En dépit des efforts fournis et de l'engagement maintes fois réitéré des autorités nationales qui font de la santé des populations l'un des axes majeurs de leur politique, force est de constater que de nombreuses contraintes et de nombreux problèmes de santé se posent encore dans le pays. Au plan épidémiologique la situation est dominée par l'existence de plusieurs sortes de maladies auxquelles la population continue de payer encore un lourd tribut.

2.4.1. Situation épidémiologique

La situation épidémiologique actuelle du Niger se caractérise par une forte prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Les principales morbidités rapportées par les centres de santé en 1998 sont présentées dans le tableau n°25:

Tableau n°25 : Nombre de cas déclarés par tranches d'âge de différentes morbidités dans les formations sanitaires publiques du Niger en 1998

Problèmes de Santé	<1 An	1 ó 4 Ans	5 ó 14 Ans	>= 15 Ans	Total
Paludisme	124672	268584	158849	320807	872900
Dont accès pernicieux	5369	18968	5487	3028	32840
Dont Paludisme	119303	249616	153362	317779	840060
Inf.Resp.Aigues	211354	308565	133332	257373	910624
Dont Affections O.R.L.	13947	27594	25299	46991	113831
Dont Pneumonie Grave	10315	9980	3221	5556	29072
Dont Pneumonie	72417	111976	34910	71444	290747
Dont Rhume (ou toux)	114675	159015	69902	133382	476974
Maladies Diarrhéiques	78 784	109258	30395	88876	307313
Dont Diarrhée Simple		65321	16656	34369	174547
Dont Dysenterie		38729	12510	50875	118630
Diarrhée & Déshyd.		5208	1229	3632	14136
Avitaminose A	136	643	854	5034	6647
Cataractes	1325	1108	873	2611	5917
Conjonctivites	36752	33344	24962	39119	134177
Aff. Ophtalmo.	2479	3547	3391	10124	19495
Aff. Dermato.	20559	32778	20859	49565	123761
Aff. Bucco ó dent.	9291	20262	12332	22726	64611
Malnutrition	5410	14142	858	380	20790
Anémie	2100	5574	2929	9160	19763
Trauma/plaie/brûl.	13378	31409	46736	92709	184232
Aff. Cardio ó vascul.	123	412	1071	11459	12807
Aff. Urinaires	1882	3189	4044	34631	43746
Aff. Gynéco ó obstét.	165	313	1170	55706	57354
Affections M.S.T.	217	666	1657	25908	28206
Dont Ecoulement Urétraux	20	53	245	7190	7445
Dont Ulcérations Génitales	165	306	286	4058	4792
Dont Ecoulements Vaginaux	11	43	253	5205	5434
Dont Autres M.S.T.	21	264	873	9455	10535
Tuberculose (Nx cas)	0	2	19	1543	1554
Toux chronique	13	62	451	7778	8251
Lèpre (nouveaux)	1	9	46	2087	2118
Rougeole	1471	5418	3843	1510	12242
Méningite	410	682	834	516	2436
Tétanos néonatal	16	0	0	0	16
Toute autre tétanos	2	21	48	68	139
Poliomyélite	9	26	8	0	43
Diphthérie	5	16	3	1	25
Choléra	731	1803	706	114	3351
Fièvre jaune	0	0	0	1	1
Hépatite	0	0	0	0	0
Autres	5	14	15	109	143
Total	526997	869877	492744	1223977	3113595

Source : Annuaire statistique DN/SNIS 1998.

2.4.1.1. Les maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Les MDO sont les maladies qui font l'objet d'une surveillance quotidienne compte tenu de leur caractère épidémique. Chaque fin de journée, chaque centre de santé doit faire la situation et la communiquer aux échelons supérieurs. Ces maladies sont : la rougeole, la méningite, le tétanos néonatal et autres tétanos, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le choléra et la fièvre jaune.

Les situations de 1998 et 1999 rapportées par les centres de santé montrent que la rougeole, la méningite et la coqueluche sévissent encore dans le pays de façon épidémique. La situation s'est aggravée davantage en 1999 pour la rougeole : 36 156 cas dont 256 décès (TL=0,7%) contre 11 404 cas et 98 décès (TL= 0,86%) en 1998 et la méningite : 5 592 cas dont 492 décès (TL=8,8%) contre 2 328 cas et 301 décès (TL=13%) en 1998. On note aussi en 1999 la survenue dans le pays d'une épidémie de choléra : 1 186 cas enregistrés dont 85 décès avec un taux de létalité de 7,2%.

2.4.1.2. Les autres affections

Plusieurs maladies sont groupées sous ce vocable à savoir : le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les affections ophtalmologiques, les affections dermatologiques, les affections gynéco-obstétricales, les affections urinaires, les maladies sexuellement transmissibles (MST), la tuberculose, la malnutrition, la schistosomiase, la dracunculose.

Le paludisme

Le paludisme sévit de façon endémique avec des variations saisonnières. L'incidence est plus forte entre Juillet et Octobre, moment de la saison des pluies. Il constitue d'après les informations disponibles, l'une des premières causes de morbidité générale. Le nombre de cas déclarés en 1998 était de 872 900 soit une incidence annuelle de 872 cas pour 1 000 habitants et 33,97% des décès déclarés sont dus au paludisme.

Les infections respiratoires aiguës

Elles ont constitué en 1998, la première cause de morbidité toutes tranches d'âge confondues. Le nombre de cas déclarés était de 910 624 et les décès représentent 17,08% de l'ensemble des décès déclarés.

Les maladies diarrhéiques

Elles constituent la première morbidité chez les enfants de moins de cinq ans. En 1998, sur 307 313 cas déclarés, plus de 61% l'ont été chez les enfants de moins de cinq ans.

Les affections ophtalmologiques

Une enquête nationale effectuée en 1989 a déterminé le taux de cécité à 2,2% ; ce qui dépasse le seuil établi par l'OMS (0,5%). En 1998, le nombre de cas d'affections ophtalmologiques déclarés s'est élevé à 166 236 soit une incidence annuelle de plus de 166 cas pour 1000 habitants.

Les affections dermatologiques

Ce sont des infections bactériennes et parasitaires liées aux mauvaises conditions d'hygiène. Elles représentent la cinquième cause de morbidité dans la population. En 1998, 123 761 cas ont été déclarés.

Les affections gynéco-obstétricales

L'état de santé du couple mère / enfant demeure préoccupant. Les mères courent encore des sérieux risques liés à la grossesse (décès par hémorragie, ruptures utérines, infections et éclampsies). Le nombre de cas d'affections gynéco obstétricales déclarés en 1998 était de 57 354.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) et le SIDA

Les IST concernent surtout les adultes. Le total des cas déclarés en 1998 est de 28 206. Parmi ces cas notifiés 91% ont été chez les adultes.

Quant au SIDA, les premiers cas ont été dépistés dans le pays en 1987. Depuis lors, il n'a cessé de se propager. Selon une estimation faite par l'OMS en 1998 à partir du logiciel EPI Modèle 2, 65 000 personnes (adultes et enfants) seraient devenues séro - positives entre 1987 et 1998. Le taux de séro - prévalence varie en fonction des groupes cibles et des localités. Il est plus élevé chez les prostituées : 27,9% à Dirkou en 1995. Chez les femmes enceintes il a été de 5% à Tahoua en 1995 et chez les camionneurs 3,4% à Niamey.

La tuberculose

Il est difficile de donner une description fiable de la situation de la tuberculose au Niger puisqu'il n'y a jamais eu de véritable surveillance épidémiologique de la tuberculose. On estime de façon générale la prévalence de la tuberculose à microscopie positive à 3% et l'incidence à 1,5 pour 1000. Ce qui correspond à un risque annuel d'infection d'environ 2-3%.

La malnutrition

La Malnutrition Protéino-Energétique (MPE), la carence en vitamine A, les anémies liées à une carence en fer et les Troubles Dus à La Carence en Iode (TDCI) constituent de véritables problèmes de santé publique au Niger. Les diverses études et enquêtes ont révélé que les taux de prévalence de ces affections de carence nutritionnelle excèdent souvent les seuils de l'OMS.

Les objectifs nutritionnels poursuivis par le Niger à travers le PDS, conformément à ceux fixés par le Sommet Mondial de l'Enfant se résument à :

- Réduire la sous-nutrition aiguë de 16 % à moins de 11 % chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- Réduire de 20% à moins de 10% le taux de petit poids à la naissance (Poids < 2,500 Kg) ;
- Eliminer virtuellement les Troubles Dus à la Carence en Iode;

- Eliminer virtuellement l'hypovitaminose A et ses conséquences notamment la cécité chez les enfants de moins de 5 ans;
- Réduire du tiers (1/3) la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer; Concernant l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans, l'EDS 1998 a trouvé les taux suivants :
 - 41% des enfants avaient une malnutrition, chronique d'après l'indice anthropométrique taille par rapport à l'âge.
 - 21% des enfants souffraient d'une malnutrition aiguë après utilisation de l'indice poids par rapport à la taille.
 - 50% des enfants avaient une insuffisance pondérale suite à l'utilisation de l'indice poids par rapport à l'âge. Au total l'enquête retient que :
 - Un enfant nigérien sur deux (50%) souffre d'insuffisance pondérale et un sur cinq (20%) d'insuffisance pondérale aiguë. Ces proportions sont très largement supérieures à celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement, 2,3% et 0,1%).

La situation du pays est alarmante. Elle semble évoluer de mal en pis quand on sait que l'objectif du PDS était de réduire la prévalence de cette MPE de 16,7% à 11% chez les enfants de moins de 5 ans.

- Le taux de couverture en vitamine A des enfants de moins de deux ans et de ceux de moins de trois ans par les formations sanitaires, a fait l'objet respectivement de deux enquêtes : MICSS 1996 et EDS 1998.

Selon MICSS 1996, sur le plan national, la proportion des enfants ayant reçu des capsules de vitamine A au cours des trois mois précédant l'enquête est de 12% en moyenne avec 21,1 en milieu urbain et 10,6 en milieu rural.

Quant à l'EDS 1998, elle trouve en moyenne que 20% des enfants de moins de 3 ans ont reçu, au moins, une dose de vitamine A au cours des 12 mois précédant l'enquête.

L'enquête nationale sur la prévalence du goitre endémique en milieu scolaire réalisée en 1994 a révélé des taux nationaux de prévalence de 35,8% de Goitre Total et de 5,7% de Goitre Visible. Les départements les plus affectés sont ceux de Dosso, Maradi et Tahoua avec des taux de prévalence de goitre total supérieurs à 40 %.

Afin d'étendre la couverture des populations cibles, le Niger a intégré depuis 1996 la distribution des capsules de vitamine A aux Journées Nationales de Vaccination. En juillet 1999 et juin 2000, le Niger a organisé des Journées Nationales Micronutriments. A ces occasions, les taux de couverture des enfants de 6 à 59 mois en capsules de vitamine A obtenus étaient respectivement de 80,1% et 97,8%.

Par rapport à la lutte contre les TDIC, le pays a adopté en octobre 1995, un arrêté interministériel (No 51/MSP/MDI/CAT/MF/P du 04 octobre 1995) réglementant la production, l'importation et la commercialisation du sel iodé. Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} mars 1997. Plus de 200 agents de la santé, des douanes et du commerce ont été initiés et équipés pour la mise en application de cette réglementation. S'agissant de la couverture

des population en sel iodé, l'Enquête Démographique et de Santé 1998 a révélé que 64 % des ménages nigériens consomment du sel iodé.

Au vue de ces résultats, l'objectif du PDS de traiter 100% d'enfants rougeoleux ou montrant des signes d'avitaminose A, consultant dans une formation sanitaire par l'administration de la vitamine A paraît difficile à atteindre à terme.

2.4.2. Les indicateurs de Santé

D'après le recensement général de la population de 1988, la population du Niger croît à un rythme de 3,4 % avec un indice synthétique de fécondité de 7,5 naissances par femme. Les indicateurs de santé place le Niger parmi les pays les plus défavorisés de l'Afrique sud-Saharienne. L'espérance de vie à la naissance est de 47 ans, la mortalité infantile est de 123‰, la mortalité infanto-juvénile est de 274‰ et la mortalité maternelle avoisine les 7‰.

Plus d'un tiers des enfants de moins de 3 ans (41%) souffrent de malnutrition chronique et 21% de malnutrition protéino-énergétique aiguë. Par ailleurs, les carences en micronutriments (fer, vitamine A et iode) constituent des problèmes de santé publique avec des taux de prévalence (iode : 35,8 % de goitre total en milieu scolaire, vitamine A : 2,6 de cécité crépusculaire chez les enfants de 24 à 72 mois, fer : 61 % d'anémie chez les femmes enceintes et 57% chez les enfants de 6 à 59 mois) excédant les seuils d'intervention recommandés par l'OMS. Cette situation de malnutrition est aggravée par une insécurité alimentaire liée aux aléas climatiques et aux pesanteurs socio-culturelles.

La comparaison des indicateurs de 1992 et 1998, montre une légère amélioration en dehors de la situation nutritionnelle. La situation reste cependant toujours préoccupante au vu de leur niveau actuel, des difficultés socio-économiques auxquelles le pays fait face et de l'augmentation de la pauvreté des populations (63% des nigériens vivent en dessous du seuil de pauvreté et 34% en dessous du seuil d'extrême pauvreté).

Le tableau suivant montre l'évolution des principaux indicateurs de santé de 1992 à 1998.

Tableau n°26 : Comparaison des indicateurs de Santé de 1992 et 1998

	1992	1998
Malnutrition Chronique	36 %	41 %
Sous-nutrition aiguë	18 %	21%
Mortalité néonatale	52 ‰	44 ‰
Mortalité post-néonatale	83 ‰	79 ‰
Mortalité Infantile	135 ‰	123 ‰
Mortalité Juvénile	221 ‰	172 ‰
Mortalité infanto-juvénile	326 ‰	274 ‰

Source : Données extraites de EDSN, 1998

L'analyse des indicateurs de santé en fonction du milieu de résidence fait apparaître des disparités importantes. Le milieu rural présente de niveaux de mortalité plus élevés que le milieu urbain. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont de l'ordre de presque deux fois ceux du milieu urbain (147 et 327 contre 80 et 178 respectivement) (voir tableau n°27). Cette mortalité est liée essentiellement aux maladies infectieuses (paludisme, infections respiratoires, diarrhée) et nutritionnelles. Cependant, il n'est pas constaté de différence significative de prévalence des maladies infectieuses entre les milieux. La prévalence des IRA était en 1998 de 14% dans les deux milieux (urbain et rural). Les différentiels de mortalité

peuvent s'expliquer par l'insuffisance dans la prise en charge de ces infections. En effet, en milieu urbain où résident les plus riches, l'utilisation des services de santé est plus élevée et la malnutrition plus basse.

Tableau n°27: Indicateurs de Santé en fonction du milieu de résidence, année 1998

	Urbain	Rural
Mortalité infanto-juvénile	178‰	327‰
Mortalité infantile	80‰	147‰
Mortalité néonatale	27‰	55‰
Mortalité post néonatale	53‰	92‰
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 3 ans	14%	14%
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 3 ans	32%	39%
Malnutrition chronique	31%	43%
Malnutrition aiguë	13%	22%

Source : Données extraites EDSN 1998

L'invalidité est aussi un des problèmes de santé du pays auquel des solutions non seulement préventives mais aussi d'insertion, doivent être apportées.

Selon le Recensement Général de la Population (RGP) de 1988, les personnes handicapées représentent 1,3% de la population totale. Les infirmités concernées sont : cécité, surdité, mutité, surdi-mutité, paralysies des membres inférieurs, paralysies des membres supérieurs, amputations et autres handicaps.

Parmi ces handicaps, la prévalence de l'handicap mental n'est pas des moindres.

Le Niger a ainsi mis en place en 1993, un programme de santé mentale. Ce programme vient d'effectuer du 30 avril au 13 mai 2000 une enquête pour déterminer la situation de la maladie mentale dans le pays et élaborer un plan d'action pertinent.

Cette étude a révélé que sur les 468 ménages enquêtés, 69 (14,74% des ménages) comportent en leurs seins au moins un malade mental et que cette maladie touche essentiellement les jeunes, 63,28% des malades ont moins de 39 ans.

2.4.3. Les indicateurs de bien-être social et de la qualité de la vie

Le Niger fait partie des pays les plus pauvres de la planète qui portent encore le fardeau de plusieurs sortes de difficultés (économique, politique, social).

En effet, au Niger, l'agriculture et l'élevage qui constituent les deux mamelles de l'économie nationale n'arrivent plus à assurer des revenus substantiels aux populations, en raison des pluviométries souvent déficitaires et à l'avancée du désert.

L'industrialisation connaît toujours des difficultés pour son développement. Le commerce et l'artisanat connaissent des difficultés liées entre autres à la dévaluation du franc CFA à laquelle s'ajoutent les effets conjugués de la crise économique mondiale et des bouleversements socio-politiques qu'a subi le pays ces dernières années. D'après le Programme National de Lutte contre la Pauvreté, le pouvoir d'achat des populations s'en trouve aujourd'hui diminué et la pauvreté de plus en plus grandissante ; 63% des nigériens vivent en dessous du seuil de pauvreté et 34% en dessous d'extrême pauvreté.

Cette dégradation économique en même temps que la croissance rapide de la population (3,4% par an) a pour effet une augmentation du chômage chez les jeunes et une réduction de la capacité à répondre aux besoins essentiels dont le logement.

En matière d'hygiène-asainissement et d'approvisionnement en eau potable, la situation n'est pas aussi enviable. Selon les statistiques du Ministère de l'hydraulique, seulement 48% de la population ont accès à l'eau potable et 17% à l'assainissement.

En somme, au vue de ces statistiques, on peut remarquer que la situation sanitaire de la population nigérienne demeure très préoccupante malgré les efforts déployés dans le secteur depuis les indépendances.

2.5. Développement de la Participation communautaire

La participation communautaire est un processus dans lequel les individus, les familles et la communauté prennent en charge leur propre développement sanitaire. A ce sujet, la Déclaration d'Alma Ata indique que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. »

Pour traduire ce principe en action, le Niger a choisi d'organiser la participation communautaire aux efforts de santé par la mise en place de structures et de règles de recouvrement partiel des coûts, appuyées d'une gestion transparente, efficace et efficiente. » Ceci sera fait dans le cadre du Programme National d'Appui aux Soins de Santé Primaires dont la mise en œuvre a démarré en 1995. Ce Programme a permis de mettre en place un système de co-gestion ou gestion participative entendue comme étant la participation de la population à la gestion des services de santé à travers la planification, l'organisation, la mobilisation des ressources, l'exécution, le contrôle et l'évaluation des actions de santé.

Au delà du recouvrement des coûts, la participation communautaire était envisagée par la « décentralisation de la gestion des services de santé qui est une des stratégies du PDS 1994-2000».

L'état de réalisation de ces prévisions se présente comme suit :

- création des districts sanitaires et mise en place des ECD ;
- mise en place des Comités de Santé au niveau sous-régional et des aires de santé ;
- participation des DDS et des ECD aux activités des COTEDEP et COTEAR/COTEKOM ;
- élaboration de PDS et de plans d'actions annuels au niveau des districts ;
- institutionnalisation des réunions de coordination et de programmation ;
- gestion participative des PDS au niveau de certains districts ;
- décentralisation relative à la gestion des ressources au niveau des districts.

Les principales faiblesses constatées dans le domaine de la participation communautaire sont les suivantes :

- la plupart des ECD n'ont pas les compétences requises (inadéquation poste / profil) et développent des attitudes de privilégiées (rétention de l'information) d'où les difficultés observées dans le partenariat avec la population, le travail d'équipe et la planification ;
- les Comités de santé ne sont pas mis en place dans les régions, dans certains districts et les aires de santé ;

- les textes nationaux rencontrent des résistances d'application ;
- la généralisation du recouvrement des coûts n'est pas effective dans toutes les régions (Zinder, Diffa, Agadez) ;
- les membres des COSAN et des COGES ne connaissent pas toujours leurs rôles et responsabilités ;
- les COSAN ne sont pas dirigés par des représentants élus des populations en particulier au niveau des districts ;
- la gestion des fonds provenant du recouvrement des coûts n'est pas toujours assurée par des gestionnaires recrutés par la population ;
- le contrôle de la gestion des services de santé et du R.C. n'est pas effectué par les commissaires là où ils existent (méconnaissance des mécanismes qui permettent d'effectuer le contrôle). A peine 17% des comités de santé assurent le contrôle ;
- les réalisations faites directement par les partenaires sont difficilement maîtrisables au niveau des districts. Il en est de même pour les dons et pour la participation communautaire.
- la micro-planification au niveau des aires de santé est utilisée comme un outil de participation provoquée. Selon l'enquête sur la participation communautaire diligentée en 1999 il y a une très faible participation communautaire à l'identification des besoins et au choix des priorités (50% ne participent pas). Par contre 83% des élus participent à l'exécution des activités des CSI.

2.6. Collaboration intersectorielle et partenariat

La collaboration intersectorielle et le partenariat ont pour fondement la nature multidisciplinaire de la santé et son statut de composante essentielle du développement socio-économique. En plus, si l'on considère les huit composantes des Soins de Santé Primaires (SSP), il est évident que le secteur de la santé ne peut guère, à lui seul, atteindre l'objectif de la santé pour tous. Le concours des autres secteurs de développement est donc nécessaire. Enfin, la prise en compte des quatre déterminants principaux de la santé (hérédité, environnement, comportement et soins de santé) justifie amplement l'approche multisectorielle en faveur de la santé.

2.6.1. Collaboration intersectorielle

La déclaration de Politique Sectorielle de Santé de juillet 1995 engageait le Gouvernement à « rendre effective la collaboration intersectorielle pour la résolution des problèmes environnementaux ayant une incidence négative sur la santé ».

Dans la mise en oeuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a maintenu la collaboration intersectorielle à travers les relations fonctionnelles habituellement entretenues avec de nombreux secteurs connexes (Agriculture, Finance, Plan, Développement social, Hydraulique, Fonction Publique). En plus de ces rapports traditionnels, la création des Comités de Santé au niveau de certains districts sanitaires a renforcé la collaboration au niveau périphérique.

Dans le cadre de la Politique du Développement Humain Durable, la santé est une des composantes des secteurs sociaux de la Note de Stratégie Nationale 1997-2002. Le secteur de la santé est également une des composantes du Programme National de Lutte contre la Pauvreté autour duquel s'est tenue la Table Ronde Générale à Genève en mars 1998.

En terme de réalisation, le renforcement de la coordination intra et intersectorielle était envisagé à travers les structures existantes : Directions Centrales du MSP, COTEDP,

COTEAR, COTECOM, et l'utilisation des structures à créer : Comité National de Santé, Comités Régionaux et Sous-Régionaux de Santé.

L'analyse du dispositif actuel de la collaboration intersectorielle montre des lacunes dans la mise en œuvre de l'approche retenue :

- le Comité National de Santé et le Comité Technique National de Santé ne sont pas mis en place ;
- les Comités de Santé Régionaux n'existent pas hormis les comités de mise en œuvre du recouvrement des coûts (Maradi, Zinder) ;
- les Comités de Santé Sous-Régionaux existants ne fonctionnent pas en conformité avec la réglementation en vigueur (Evaluation du Programme d'appui au secteur de santé, mai 2000).

2.6.2. Partenariat

La déclaration de politique sectorielle de santé adoptée en juillet 1995 engageait l'État à renforcer l'apport du secteur privé et à promouvoir le partenariat en vue de l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations des soins et services de santé.

Les partenaires identifiés sont l'État et les collectivités territoriales, la population et les partenaires au développement comprenant les bailleurs de fonds et le secteur privé (ONG, associations, particuliers).

2.6.2.1. Rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités sont définis dans le document cadre du partenariat édité en 1995 par la Direction des Etudes et de la Programmation qui est la structure centrale de coordination du partenariat :

*** Etat et Collectivités Territoriales :**

- mobiliser les ressources ;
- concevoir les grandes orientations en matière de politique sectorielle de santé ;
- mettre en place une plate-forme de concertation entre l'État et tous les partenaires ;
- assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des interventions des partenaires ;
- adopter des textes législatifs et réglementaires permettant le développement du partenariat ;
- favoriser le développement du partenariat au niveau régional et sous régional.

*** Population :**

Participer à la planification, l'organisation, la mobilisation des ressources, l'exécution, le contrôle et l'évaluation des activités de santé.

*** Secteur privé national et partenaires extérieurs :**

- Intégrer leurs interventions à la programmation nationale ;
- Veiller à la complémentarité de leurs interventions ;
- Participer aux activités des organes de concertation avec l'État et la population aux différents niveaux d'intervention.

2.6.2.2. Cadre de concertation et stratégies de promotion du partenariat

Le cadre de concertation est constitué de comités de santé à tous les niveaux. Sur le plan administratif, la Direction des Etudes et de la Programmation assure la responsabilité de la coordination et de la promotion au niveau central. Les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les Equipes Cadres de Districts (ECD) assurent les mêmes responsabilités aux niveaux régional et sous-régional.

2.6.2.3. Développement du secteur privé de la santé

*** Cadre général :**

La Politique Nationale de Promotion du Secteur Privé est le cadre global défini pour le développement du secteur privé. Cette Politique a été approuvée par décret n°97/130/PRN/MC du 17 mars 1997. Dans le secteur de la santé, la Loi n°98-016 du 15 juin 1998 et son décret d'application N° 98-329/PRN/MSP du 19 Novembre 1998 constituent le cadre juridique de l'exercice privé des professions du secteur de la santé.

Au plan opérationnel, les programmes de développement sanitaire des régions et des districts sanitaires servent de cadre d'intervention à tous les partenaires.

Concernant les ONG et associations, la réglementation actuelle repose sur trois actes :

- la Loi n°91-006 du 20 mai 1991, modifiant et complétant l'ordonnance n°84-06 du 1^{er} mars 1984, portant régime des Associations.
- le Décret n°92-292/PM/MF/P du 25/9/92 portant modalités d'application de l'article 20.1. de l'ordonnance sus - visée.
- la Note Circulaire N° 00041 du 24/11/95 par le MF/P/SG/DSADRL/DA/SONG/A concernant le protocole d'accord type entre une ONG et le Gouvernement de la République du Niger.

*** Situation actuelle du secteur privé**

Ce secteur comprend :

- 172 établissements de soins ;
- 42 officines ;
- 85 dépôts pharmaceutiques.
- 61 ONG et Associations dont 22 Nationales. Au total, 10 ONG et Associations sont identifiées comme les plus actives (voir l'étude de base des données sur les ONG intervenant dans le secteur de la santé / 1998).

Outre les soins de santé, d'autres réalisations des ONG / Associations ont été constatées dans les domaines ci-après :

- la construction / réhabilitation des infrastructures sanitaires ;
- la maintenance et entretien du matériel roulant et / ou équipement ;
- la formation et la sensibilisation ;
- l'hygiène et l'assainissement .

2.6.2.4. Points faibles du partenariat

Les points faibles dans ce domaine sont :

- il n'existe pas de Comités de Santé (COSAN) départementaux ;
- tous les districts n'ont pas mis en place les COSAN et les comités de gestion (COGES) ;
- 3 contrats sur 37 signés (8,10%) ne concernent pas les activités de santé publique ;
- faible participation des partenaires dans l'élaboration des plans d'action annuels ;
- faible niveau d'information des ONG / Associations sur les possibilités et les procédures relatives au partenariat ;
- personnel de santé pas toujours disponible pour l'examen des requêtes au niveau des DS;
- persistance de certains préjugés au niveau de quelques responsables des formations sanitaires qui estiment que les ONG / Associations n'ont pas de compétences requises ;
- Insuffisance voire absence de cadre juridique rendant impossible le contrôle de la qualité des soins au niveau des établissements.

2.7. Recherche

Selon Michèle BAUMANN, Jean-Pierre DESCHAMPS et Col, la recherche en santé publique et communautaire est aujourd'hui reconnue comme un moyen indispensable pour faire progresser la santé dans le monde.

Dans le cas de notre pays, la situation de la recherche en santé n'est pas connue de manière exacte.

Conformément à la mise en œuvre du Plan Stratégique de Promotion de la Recherche en Santé adopté par la quarante huitième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (AFR / RC / 48 / 11), les pays membres qui n'ont pas ce Plan ont été invités à élaborer grâce à l'appui d'une unité pour les activités de recherche en Santé basée à Dakar.

Pour ce faire, le Niger a organisé du 16 au 18 Novembre 1999 un atelier d'élaboration de son plan stratégique national de la recherche en santé pour la période 2000 à 2003.

Après analyse de la situation, les constats suivants ont été faits :

FORCES

1. Des Institutions de recherche (Facultés, Instituts, Ecoles) qui peuvent servir de cadre au développement de la recherche existent.
2. Les Hôpitaux Nationaux (EPA) ont inscrit la recherche dans les Plans d'actions et ont commencé à financer la recherche.
3. La disponibilité des partenaires à financer la recherche dans le cadre des Projets / Programmes.
4. Des ressources humaines qui peuvent être mobilisées pour la recherche.
5. Des textes qui réglementent la recherche sont disponibles.
6. Nomination d'un point focal RS/MSP et d'un point focal RS/OMS Bureau pays.

7. Il existe une structure formelle (DEP) de coordination de la Recherche en santé au sein du Ministère de la Santé Publique.

FAIBLESSES

1. La majorité des chercheurs potentiels n'ont aucune formation en méthodologie de la recherche en santé.
2. Le Ministère de la Santé Publique manifeste une faible détermination dans la promotion de la recherche en santé.
3. La coordination des travaux de recherche en santé par la DEP est insuffisante
4. Très peu de résultats de recherche en santé ont fait l'objet d'une diffusion, d'une exploitation ou d'une application.
5. La contribution financière nationale (Etat, Privés) à la Recherche en Santé est insuffisante.
6. Le financement de la Recherche en Santé reste fortement tributaire de l'aide extérieure.
7. Les opportunités de financement par les partenaires extérieurs sont méconnues des chercheurs potentiels.
8. Aucun plan de développement de la recherche en santé n'a été élaboré.
9. La situation exacte de la Recherche en Santé au Niger n'est pas connue.
10. La communication et la collaboration entre les chercheurs, institutions de recherche (dans le pays et à l'étranger) et entre chercheurs et utilisateurs des résultats de la recherche sont insuffisantes voire inexistantes.
11. Les moyens technologiques mis à la disposition de la recherche sont insuffisants et ou mal exploités.

OPPORTUNITES

- Des besoins urgents (maladies émergentes et re-émergentes, etc.) à satisfaire en matière de Recherche en Santé.
- La résolution AFR/RC48/11 engage les partenaires de la RS à se mobiliser davantage.
- L'existence et l'exploitation possible des nouvelles technologies de l'information et de la communication (WEB, Internet etc.).
- La généralisation en cours de l'approche AQ.
- Le développement d'un mouvement associatif pour la RS.

MENACES

- La persistance de la crise économique et l'instabilité politique du pays sont peu favorables au développement de la RS.
- L'absence d'un mécanisme de motivation des chercheurs potentiels favorise l'exode des cerveaux et freine la RS.

2.8. Conclusion :

Au terme de cette analyse de la situation sanitaire et du financement du système de santé, les résultats de la performance du système de santé au Niger sont présentés ci-après selon les indicateurs d'évaluation prévus par le PDS 1994-2000 pour lesquels les informations sont disponibles.

Tableau n°28 : Indicateurs de performance de la mise en œuvre du PDS 1994-2000

INDICATEURS	1994	2000	OBSERVATIONS
<u>POLITIQUE DE SANTE</u>			
- Budget de la santé par rapport au budget général	5,83%	5,84%	Budget non exécuté en 1996, 1999 et 2000
- Dépenses publiques de santé par habitant et par an	-	1 270 F cfa (1998)	9 100 F cfa sont considérés comme minimum
- Degré d'équité dans la répartition des ressources	Insuffisant	Insuffisant	Défavorable pour le milieu rural
- Mise en place de cadre organisationnel pour l'exécution de la stratégie n. de la S.P.T.	-	Districts Sanitaires et Comités de Santé	
- Indice d'équité de la contribution financière au système de la santé (indice OMS)	-	0,883	Cet indice place le Niger au 161 ^{ème} rang des Etats membres de l'OMS.
<u>INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUE</u>			
- Taux d'alphabétisation des adultes	15%	17%	ME N : l'alphabétisation informelle n'est pas prise en compte. Recensement 1988
- Taux d'accroissement de la population	3,4%	3,4%	
- Couverture en eau potable :			
. milieu rural	59%	52%	Régression
. milieu urbain	60%	60%	Stagnation
- Taux de scolarisation		34	Faible
- BIB/habitant	75 900 F cfa	98 900 (1998)	Evaluation de la pauvreté /Banque Mondiale
<u>PRESTATIONS DES SOINS</u>			
- Accessibilité physique aux soins de santé	32,1%	47,687%	
- Existence d'indicateurs pour l'évaluation de la qualité des soins	aucun	aucun	
- Disponibilité des M.E.	-	-	Données non disponibles
- Couverture vaccinale (D.T.C.P3)	20%	14% (1999)	
- Couverture des enfants de 0-11 mois en C.N	-	33,21%	
- Couverture en CPN	30,75%	38,63%	
- Accouchement effectué par un personnel qualifié	-	44%	
- Nombre d'habitants par agents de santé :			
Sage-femme diplômée d'Etat	1/6 052	1/6 650	
Infirmier diplômé d'Etat	1/4 005	1/9 000	
Chirurgien-dentiste	1/695 938	1/769 230	
Médecin	1/35 085	1/33 102	
Pharmacien	1/148824	1/769 230	Au total, 2 244 agents tous corps et catégories confondus, auront quitté la Fonction Publique en 2009-2010 soit 40% des effectifs actuels.
<u>ETAT DE SANTE</u>			
- Malnutris chroniques parmi les moins de 3 ans	36%	41%	
- Mortalité infantile	132%	123%	
- Mortalité juvénile	223%	172%	
- Mortalité infanto-juvénile	318%	274%	
- Espérance de vie à la naissance		46,7 ans	

L'analyse du financement des dépenses de santé ces dernières années fait apparaître des progrès sensibles réalisés en matière d'allocation de ressources au secteur de la santé.

Les besoins de financement exprimés en 1997 et 1998 ont été satisfaits en moyenne à environ 72,5%. Malgré la situation économique et financière difficile, l'Etat a consacré en 1998, 6,55% de son budget à la santé. Le financement extérieur est passé de 5 milliards de

F CFA en 1997 à environ 8,5 milliards de F CFA en 1998. La communauté contribue également au financement des dépenses de santé à travers le système de recouvrement partiel des coûts des soins de santé. A la date du 31 décembre 1999, 76,31% des centres de santé intégrés pratiquent le recouvrement partiel des coûts.

Ces efforts en matière d'allocation de ressources financières au secteur ont certes permis d'améliorer de façon sensible la situation sanitaire du pays. Mais leur effet réel sur la santé des populations reste à déterminer. L'efficacité et l'efficience des ressources utilisées par rapport aux résultats obtenus par la mise en oeuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000 est difficile à apprécier. Les ressources utilisées sont certes insuffisantes de même que les résultats obtenus par rapport à l'échéance du plan.

Cependant, il existe une inadéquation entre les ressources financières allouées au secteur de la santé et ses besoins réels. Par ailleurs, les ressources allouées sont mal réparties entre milieu urbain (66%) et milieu rural (34%).

La situation est plus préoccupante quant on sait que le développement sanitaire est menacé par les difficultés économiques et financières auxquelles le pays fait face. On ne peut pas objectivement s'attendre à une augmentation du financement des dépenses de santé par l'État vu la croissance globale de ses ressources. Par ailleurs compte tenu de la pauvreté des populations, leur participation au financement de la santé a des limites. En effet, 63% des Nigériens vivent en dessous du seuil de pauvreté, 34% en dessous du seuil d'extrême pauvreté. Ces Nigériens sont en majorité du milieu rural où le système de santé reçoit insuffisamment de ressources (34% des dépenses totales de fonctionnement en 1998). L'accès aux services de santé demeure un problème pour ces couches défavorisées de la population en dehors de toute extension de la couvertures sanitaires et de l'existence de mesures compensatrices.

Les problèmes prioritaires qui se dégagent après l'analyse de la situation sanitaire sont les suivants :

Problèmes liés à l'état de santé :

- Etat nutritionnel précaire des populations ;
- Persistance de maladies transmissibles, épidémiques et meurtrières surtout en ce qui concerne les enfants ;
- Tendance à l'extension de la pandémie VIH/SIDA et les IST ;
- Non-prise en charge efficace des maladies chroniques ;
- Forte mortalité maternelle 7%0 ;
- Fortes morbidité et mortalité générales ;
- Fortes mortalités infantile et infanto-juvénile (123% ; 274%).

Problèmes liés à l'organisation et à la gestion du système de santé :

- Faible couverture sanitaire (47,6%) ;
- Inéquité dans l'accès aux soins et services de santé entre la population urbaine et rurale, due surtout à la mauvaise répartition des ressources défavorisant ainsi les pauvres;
- Mise d'un accent particulier sur le développement du district sanitaire au détriment des centres hospitaliers de référence ;
- Résistance au changement au niveau de certains agents de l'État faisant obstacle à la promotion d'une véritable participation communautaire ;
- Faible performance du système de soins de santé se traduisant par des indicateurs de santé préoccupants ;
- Insuffisance du système de suivi-évaluation, de contrôle et inspection des services de santé à tous les niveaux ;
- Faiblesse de la contribution de l'État et des collectivités locales au financement des dépenses de santé ;
- Insuffisance des ressources financières consacrées à la santé ;

- Grande dépendance vis-à-vis de l'extérieur pour le financement du système de santé ;
- Insuffisance du personnel et sa mauvaise gestion ;
- Insuffisance du personnel spécialisé ;
- Sous-équipement et obsolescence de l'équipement hospitalier ;
- Persistance de l'irrégularité dans la disponibilité des médicaments ;
- Application incomplète du concept de participation communautaire.

Problèmes liés à l'environnement :

- Environnement défavorable à la promotion de la santé dont la persistance de l'insalubrité du milieu et le manque d'hygiène.
- Insuffisance de la politique de financement de la santé.

Au regard de ces constats, un changement s'impose afin d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif universel de la santé pour tous au 21^e siècle d'une part, et des dispositions contenues dans la Constitution du 9 août 1999 qui vise à garantir le droit à la santé à tous les citoyens nigériens, d'autre part.

III. ORIENTATION, OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIONS PRIORITAIRES

3.1. Orientation

Pour concrétiser cette politique qui s'inscrit dans le cadre de la réduction de la pauvreté, le gouvernement continuera de privilégier la prévention à travers les actions d'information et de sensibilisation des populations, le renforcement de l'hygiène du milieu, l'accroissement du taux de couverture vaccinale, la réorientation des investissements en vue d'une meilleure couverture sanitaire du pays. Une attention particulière sera accordée à la Santé de la Reproduction dans ses volets santé de la femme, de l'enfant, la nutrition, la planification familiale et ses composantes lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles. Concernant les Médicaments, il s'agira de mettre à la disposition des populations des médicaments essentiels génériques, d'améliorer les outils de production, le système d'approvisionnement et la distribution. Dans le cadre de cette option, les couches sociales les plus défavorisées continueront de bénéficier des effets de l'organisation de la solidarité nationale dont l'objectif demeure le recouvrement partiel et équitable des coûts de santé. Les investissements prévus dans les Plans de Développement Sanitaire des Districts relatifs aux infrastructures sanitaires seront poursuivis pour assurer une meilleure décentralisation et un rapprochement des populations des centres de soins. Une attention particulière sera apportée à la mise en œuvre du processus d'appropriation par les populations elles-mêmes du développement des services de santé de base. Par ailleurs, il sera procédé au renforcement des centres hospitaliers de référence en vue de garantir aux populations des soins spécialisés de qualité. S'agissant de la maintenance des infrastructures et équipements sanitaires, un accent particulier sera sur la formation de spécialistes en la matière. En outre, les collectivités et le secteur privé y seront pleinement impliqués dans un cadre de partenariat.

3.2. Objectifs de la politique sanitaire

L'objectif général de la politique est d'améliorer l'état de santé de la population d'ici l'an 2011.

La réalisation de cet objectif général se fera à travers les objectifs intermédiaires ci-après :

1. Rapprocher les centres de soins de la population à travers la poursuite de la décentralisation effective des services de santé, basée sur le développement du District sanitaire et le renforcement des centres hospitaliers de référence.
2. Accroître la couverture sanitaire de 47,6% à 80% d'ici l'an 2011.
3. Accroître l'efficacité de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux.
4. Accroître l'efficacité du système de prévention sanitaire basée sur le renforcement de la vaccination, de l'information, de l'éducation pour la santé et de l'hygiène et l'assainissement.
5. Accroître l'efficacité et l'efficience de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières mise à la disposition des services de santé.
6. Renforcer la responsabilisation des communautés et leur capacité d'identification, de planification et de gestion des activités de santé.
7. Assurer une disponibilité et une accessibilité équitables aux soins et services à tous les niveaux du système.

8. Agir en synergie pour la mise en œuvre des politiques Nationales élaborées par les secteurs connexes, en vue d'une réduction significative de la pauvreté.
9. Développer la Santé de la Reproduction en mettant l'accent sur la santé de la femme, de l'enfant, la planification familiale, la nutrition et la lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles.
10. Réduire significativement la morbidité et la mortalité dues au Paludisme, aux maladies transmissibles évitables de prévention par la vaccination et aux maladies chroniques.
11. Contribuer à l'augmentation de l'accès à l'eau potable des populations défavorisées en développant la sensibilisation sur les interactions entre l'eau et l'hygiène sur la santé des populations et en participant au contrôle de la qualité de l'eau de boisson.
12. Développer le suivi de la croissance de l'enfant, la supplémentation en micro-nutriments des groupes à risques et l'allaitement maternel exclusif au sein.

3.3. Stratégies de développement sanitaire

1. Poursuite de la décentralisation du système de santé
2. Accroissement de la disponibilité des ressources matérielles et la rationalisation de leur gestion
3. Extension de la couverture sanitaire
4. Développement de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux
5. Développement des ressources humaines
6. Amélioration de la qualité des soins
7. Intensification de la lutte contre la maladie
8. Approvisionnement, disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels, des Médicaments Traditionnels Améliorés, des Dispositifs Médicaux, du Sang et de ses Dérivés
9. Information, Education et Communication (IEC)
10. Contrôle et inspection des formations sanitaires
11. Réforme hospitalière
12. Développement du secteur privé
13. Promotion de la santé de la reproduction
14. Développement de la participation communautaire
15. Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle
16. Promotion de la Santé au Travail

17. Développement de la recherche en santé

18. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement

3.4. **Actions prioritaires :**

En matière de poursuite de la décentralisation du système de santé

- Poursuite et consolidation des acquis en matière de réformes entreprises notamment le développement des districts sanitaires
- Adaptation du système de santé au découpage administratif en cours en gardant comme principe de base l'équité dans l'accès aux soins et services de santé
- Poursuite de l'organisation de la participation communautaire
- Renforcement de la collaboration intersectorielle
- Elaboration des plans de développement sanitaire des districts
- Régionalisation des postes budgétaires

En matière d'accroissement de la disponibilité des ressources matérielles et la rationalisation de leur gestion

- Utilisation rationnelle des ressources existantes
- Dotation régulière des formations sanitaires en ressources matérielles adéquates selon les normes
- Amélioration du plateau technique des formations sanitaires
- Elaboration et adoption des procédures de gestion du matériel

En matière d'extension de la couverture sanitaire

- Réhabilitation des formations sanitaires existantes
- Révision des normes et standards de construction des formations sanitaires
- Construction de nouvelles formations sanitaires
- Etablissement d'une nouvelle carte sanitaire
- Développement des structures sanitaires privées
- Construction de centres de santé communautaires et de cases de santé
- Augmentation de la fréquentation des formations sanitaires existantes

En matière de développement de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux

- Elaboration et adoption des textes réglementant les domaines d'intervention du secteur privé en concession de service public en matière de maintenance
- Elaboration et vulgarisation de guides d'entretien des équipements
- Réorganisation des services techniques de maintenance en vue d'améliorer leurs prestations
- Elaboration d'un plan de formation des techniciens de maintenance
- Formation du personnel en matière de maintenance

En matière de développement des Ressources Humaines

- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation et de gestion de carrière des agents de santé
- Renforcement de la capacité des institutions de formation
- Développement du partenariat avec le secteur privé, ONG et associations
- Expérimentation et développement de districts de formation
- Recrutement quantitatif et qualitatif des agents de santé
- Développement de la formation continue et du recyclage des agents de santé
- Institutionnalisation de la motivation du personnel de la santé

En matière d'amélioration de la qualité des soins

- Formation en qualité et en quantité du personnel
- Dotation régulière des formations sanitaires en matériels, équipements adéquats, médicaments, dispositifs médicaux et réactifs
- Renforcement du contrôle de la qualité des médicaments
- Amélioration du système de collecte et d'analyse des données sanitaires
- Elaboration d'un protocole de prise en charge du handicap
- Révision de normes et standards
- Généralisation de l'approche Assurance Qualité
- Renforcement du système de suivi et d'évaluation des institutions de santé
- Redynamisation des organes de mise en œuvre de la politique de santé

En matière d'intensification de la lutte contre la maladie

- Accélération de la mise en œuvre de l'initiative Roll Back Malaria et la stratégie de PCIME
- Redynamisation du PEV de Routine
- Poursuite de la mise en œuvre des programmes existants
- Surveillance et contrôle des maladies à potentiel épidémique
- Elaboration et mise en œuvre de stratégies de lutte contre les maladies chroniques et les maladies non transmissibles
- Elaboration d'une stratégie de développement de la santé mentale
- Promotion des comportements environnementaux favorables à la santé
- Renforcement de la stratégie de lutte contre les IST/SIDA

En matière d'approvisionnement, disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels, des médicaments traditionnels améliorés, des dispositifs médicaux, du sang et de ses dérivés

- Poursuite de la restructuration de l'ONPPC
- Poursuite de la prospection du marché international des Médicaments Essentiels Génériques
- Poursuite du développement de l'acquisition des MEG de qualité
- Répression de la vente illicite des produits pharmaceutiques
- Stockage de produits pharmaceutiques dans des conditions garantissant leur stabilité
- Mise en place d'un système de gestion efficient
- Accroissement de la gamme de produits et de capacité de productions locales
- Harmonisation des prix des médicaments
- Adoption et mise en œuvre d'une stratégie transfusionnelle
- Renforcement des capacités de contrôle du LANSPEX
- Promotion de la production locale de médicaments
- Promotion de l'exploitation industrielle de la Pharmacopée Traditionnelle
- Révision du plan directeur Pharmaceutique National
- Prise de mesures fixant les marges des grossistes/ détaillants

En matière d'information-éducation-communication

- Adoption et mise en œuvre de la Stratégie Nationale en matière d'éducation pour la santé
- Elaboration et mise en œuvre d'un Programme d'IEC
- Renforcement de la collaboration intersectorielle
- Formation des agents en matière d'IEC
- Contribution à la promotion de la scolarisation et de l'alphabétisation
- Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation sociale.

En matière de contrôle et inspection des formations sanitaires

- Définition des missions des structures d'inspection et de contrôle
- Renforcement des inspections de santé en personnel qualifié
- Dotation des structures de contrôle en moyens adéquats
- Institutionnalisation des contrôles, audits et inspections à tous les niveaux du système de Santé

En matière de réforme hospitalière

- Révision, adoption et application des textes législatifs et réglementaires régissant le secteur hospitalier
- Révision et harmonisation des normes et standards du secteur hospitalier
- Poursuite de la transformation des centres hospitaliers et des maternités régionales en E.P.A.
- Elaboration et mise en œuvre des plans de développement des hôpitaux et maternités de référence
- Mise en place de supports de collecte de données
- Elaboration et adoption de normes d'architecture hospitalière
- Développement de mécanismes de financement facilitant l'accès aux soins hospitaliers
- Renforcement des outils de gestion hospitalière

En matière de développement du secteur privé de santé

- Elaboration d'un plan Directeur d'implantation des structures sanitaires privées
- Renforcement de l'implication du secteur privé dans la mise en œuvre de la politique de santé
- Définition de PMA, de normes en personnel et en équipement pour le secteur privé

- Renforcement de la législation et de la réglementation du secteur privé de la santé

En matière de promotion de la santé de la reproduction

- Adoption des stratégies nationales en matière de la santé de la Reproduction/PF
- Mise en application des normes et procédures en matière de santé de la Reproduction
- Mise en place d'un système national d'approvisionnement en contraceptifs
- Adoption et mise en œuvre d'un Plan National d'action pour la Nutrition
- Renforcement des Programmes intervenant dans le domaine de la santé de la Reproduction
- Renforcement de la collaboration intersectorielle et du partenariat notamment avec les ONG et Associations
- Renforcement du plaidoyer pour la promotion de l'allaitement exclusif au sein
- Elaboration et mise en œuvre d'un programme à moyen terme de lutte contre le SIDA et les IST
- Elaboration et mise en œuvre d'un programme en faveur de la santé des jeunes/adolescents
- Plaidoyer pour la promotion des comportements sexuels sains des jeunes et adolescents
- Généralisation des activités de Maternité à moindres risques
- Elaboration et mise en œuvre d'un programme national en faveur des personnes âgées
- Promotion de la distribution à base communautaire des contraceptifs
- Elaboration et mise en œuvre d'un programme de lutte contre la violence sexuelle sur les jeunes

En matière de développement de la participation communautaire

- Elaboration d'une stratégie de participation communautaire
- Mise à jour et élaboration des textes législatifs et réglementaires complémentaires relatifs à la participation communautaire
- Renforcement des compétences des membres des comités de santé et de gestion par l'implication des ONG et Association dans l'encadrement
- Engagement d'un plaidoyer permanent en faveur de la participation communautaire
- Poursuite de la création des centres de santé communautaires
- Mise en place d'un mécanisme de coordination des activités de participation communautaire
- Développement de l'alphabétisation fonctionnelle en faveur des membres des comités
- Promotion des équipes villageoises de surveillance nutritionnelle

- Elaboration et mise en place d'un cadre de partenariat
- Renforcement de la capacité opérationnelle, la coordination et la rationalisation des interventions des ONG et Associations en matière de santé
- Encouragement de la mise en place des mutuelles de santé

En matière de promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles

- Elaboration, adoption et mise en œuvre de stratégies nationales en matière de Médecine et Pharmacopée traditionnelles

En matière de promotion de la santé au travail

- Contribution à l'harmonisation et au renforcement du cadre juridique institutionnel
- Contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique nationale en matière de santé au travail
- Renforcement des compétences
- Promotion de la recherche en matière de santé au travail

En matière de développement de la recherche en santé

- Plaidoyer en vue d'obtenir la volonté politique pour la promotion de la recherche en santé
- Poursuite de la mise en œuvre du plan stratégique national de la recherche en santé
- Elaboration d'un profil pays assorti d'un plan de développement de la recherche
- Renforcement des institutions de recherche
- Renforcement du système de coordination et de diffusion des résultats de la recherche
- Développement des compétences en matière de recherche

En matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement

- Renforcement du contrôle des aliments et de l'eau
- Mise en place de la police sanitaire
- Renforcement des capacités d'analyse du LANSPEX
- Elaboration et adoption des normes en matière d'hygiène et assainissement
- Renforcement de l'Information ó Education ó Communication (IEC) en matière d'hygiène et assainissement
- Renforcement des capacités de la Direction Nationale chargée de l'hygiène et de l'assainissement

- Développement d'un système de coordination des interventions
- Mise en place de laboratoires d'hygiène publique
- Détermination du rôle des différents intervenants dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement
- Développement de la recherche action dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement
- Renforcement du cadre institutionnel
- Renforcement de l'hygiène scolaire et de l'environnement
- Renforcement de l'hygiène hospitalière
- Redynamisation du conseil supérieur d'hygiène publique

IV. SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Pour s'assurer de la bonne mise en œuvre des Orientations Stratégiques pour le Développement Sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle, le Ministère de la Santé Publique s'appuiera sur un système de suivi pouvant fournir les informations nécessaires qui permettent de :

- aider à la planification des programmes de santé en identifiant les problèmes sanitaires prioritaires,
- corriger les erreurs et dérapages constatés
- évaluer l'impact des programmes de santé
- réorienter les programmes de santé,

Un dispositif institutionnel sera installé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.1. Niveau National

Le Gouvernement, à travers le Ministre chargé de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies assurera les missions suivantes :

- Proposer des orientations en matière de politique sanitaire.
- Adopter les bilans d'exécution ;
- Réorienter les programmes si besoin
- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des programmes.

■ Comité technique national de santé

Le Comité sera dirigé par le Secrétaire Général et le Secrétariat exécutif du comité sera assuré par la Direction des Etudes et de la Programmation.

Il a pour fonctions de :

- Examiner les rapports de suivi et évaluation
- Faire des propositions de réorientation et recommandations à soumettre au Ministre chargé de la santé.

Il est composé de :

- Conseillers du Ministre chargé de la santé ;
- Inspecteur général des services de santé ;
- Directeurs nationaux ;
- Responsables des projets/programmes de santé ;
- Chefs d'équipes d'assistance technique du secteur santé ;
- Directeurs des Hôpitaux Nationaux ;
- Représentants du Ministère chargé des Finances et du Plan
- Représentant du Ministère chargé du Travail et de l'Emploi
- Représentant du Ministère chargé des Ressources en eau;
- Représentant du Ministère chargé de la Défense Nationale ;
- Représentant du Ministère chargé du Développement agricole ;
- Représentant du Ministère chargé de l'Education Nationale ;
- Représentant du Ministère chargé de l'Intérieur
- Représentant du Ministère chargé de l'Environnement

- Représentant du Ministère chargé de la Jeunesse, des Sports et de la Culture ;
- Représentant du Ministère chargé de la Communication et du transport ;
- Représentant du Ministère chargé du Développement Social ;
- Directeurs des Ecoles Nationales de Santé Publique (ENSP, ISP) ;
- Doyen de la Faculté des sciences de la santé
- Représentants des partenaires au développement
- Représentants du Regroupement des ONG/associations du secteur de la santé
- Représentants des Syndicats de la santé ;

Des moyens conséquents seront mis à la disposition du Secrétariat Général et de la DEP, pour la tenue des réunions semestrielles du Comité Technique National de Santé.

4.2. Niveau Régional

■ Comité technique régional de santé : COTERS

Le COTERS a pour fonctions:

- Développer une approche complémentaire réaliste d'identification des problèmes et solutions;
- Veiller à la mise en oeuvre des orientations stratégiques;
- Déterminer les priorités régionales ;
- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en oeuvre du Plan.
- Participer et faciliter le suivi et l'évaluation des orientations stratégiques;
- Adopter les réorientations du Plan régional;
- Développer une approche intégrée des programmes de santé ;
- Veiller à l'exécution des activités du Plan ;
- Proposer des réorientations ;
- Assurer l'intégration des activités ;
- Promouvoir les échanges techniques et scientifiques ;
- Identifier les thèmes et promouvoir la recherche opérationnelle ;

Il est composé de :

- Un représentant de l'autorité administrative ;
- Quatre représentants de la Direction régionale de la Santé Publique dont le Directeur ;
- Le Directeur du Centre Hospitalier Régional (CHR) ;
- Deux représentants des coopératives ;
- Deux représentants des associations des jeunes ;
- Une représentante des associations des femmes ;
- Deux représentants de la chefferie traditionnelle ;
- Un député national par département ;
- Deux représentants des tradi-praticiens ;
- Un représentant par direction technique régionale ;
- Représentants des partenaires au développement ;
- Représentants des ONG.

La Direction Régionale de la Santé Publique sera chargée de la préparation des sessions du comité et assurera son secrétariat.

4.3. Niveau Département/Commune

■ Comité technique départemental/communal (COTEDEP/COTECOM)

Le COTEDEP et le COTECOM, en plus de leurs attributions habituelles auront pour fonctions en matière de santé de :

- Développer une approche complémentaire et réaliste d'identification des problèmes et leurs solutions;
- Promouvoir les échanges technique et scientifique ;
- Développer une approche intégrée des programmes de santé.
- Veiller à la mise en oeuvre du plan départemental/communal
- Déterminer les priorités sous-régionales
- Participer et faciliter le suivi et l'évaluation du plan départemental/communal
- Adopter les propositions de réorientation
- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en oeuvre du Plan.

Le COTEDEP/COTECOM comprend en plus des responsables techniques, les élus locaux (Députés Nationaux et conseillers).

■ Comité de santé de district

Il a pour fonction d'élaborer et d'exécuter le Plan de développement du District. Le secrétariat et l'organisation technique des réunions du comité seront assurés par le Bureau de District (Equipe Cadre de district).

Le Comité de Santé de district aura les fonctions suivantes :

- Identifier les besoins en matière de Santé ;
- Planifier les activités de la Sous-région en matière de santé;
- Participer à la mise en oeuvre des activités ;
- Assurer l'intégration des activités ;
- Proposer des réorientations ;
- Participer à l'évaluation du Programme ;
- Identifier les thèmes et promouvoir la recherche opérationnelle.

Il est composé de :

- Un représentant de l'Administration territoriale ;
- Deux représentants de l'Equipe Cadre de District ;
- Un représentant du Comité Technique de l'Hôpital de district ;
- Un représentant du service départemental du Plan ;
- Un représentant du service départemental d'Alphabétisation ;
- Les députés nationaux du département ;
- Un représentant des élus locaux ;
- Un représentant des tradi-praticiens.
- Un représentant des coopératives ;
- Un représentant des associations des jeunes ;
- Une représentante des associations des femmes ;
- Un représentant de la chefferie traditionnelle ;
- Représentants des ONG ;
- Représentants des partenaires au développement.

L'équipe Cadre de district sera soutenue dans ses activités par un comité technique de l'Hôpital de district.

4.4. Niveau village

■ Comité de santé

Il sera installé au niveau des Centres de Santé Intégrés et représente la forme organisée de la participation communautaire à la prise de décision sur la gestion du Centre de Santé Intégré.

Il a pour fonctions de :

- Identifier les besoins en matière de Santé ;
- Participer à la planification des activités ;
- Participer à la mise en oeuvre des activités ;
- Participer à l'évaluation du Plan ;
- Mobiliser les ressources communautaires ;
- Mettre en oeuvre le Paquet minimum d'activités ;
- Promouvoir le partenariat.

Il est composé de :

- Le responsable du CSI ;
- Un représentant des tradi-praticiens ;
- Le chef traditionnel du village site du CSI ou son représentant.

Des textes complémentaires fixeront de façon nominative la composition des différents comités.

4.5. OUTILS DE SUIVI

4.5.1. Collecte d'Information de Routine

La collecte d'information de routine concernera les informations sanitaires sur les maladies, les prestations des services et sur les ressources financières, matérielles et humaines.

Les systèmes d'information de routine sur les activités de santé jouent le rôle prédominant dans le suivi de la mise en oeuvre des programmes et la détection précoce des épidémies. Les systèmes actuels de collecte dans les formations sanitaires, sous réserve d'un certain nombre de modifications en cours, fournissent les informations nécessaires sur la morbidité et la mortalité liées aux affections cibles ainsi que sur les objectifs relatifs aux prestations de service. La décentralisation de l'informatisation de ces systèmes au niveau des DRSP permet un suivi au niveau de chaque formation sanitaire.

La collecte de routine sera complétée par des investigations systématiques d'épidémies éventuelles.

Afin de mieux maîtriser le nombre de décès (et éventuellement leurs causes) et le nombre de naissances, le MSP collaborera étroitement avec les Ministères concernés (Intérieur, Plan) pour rendre opérationnel un système d'état civil permettant l'enregistrement et l'analyse de ceux-ci. De nouveaux mécanismes seront élaborés pour le suivi des objectifs ayant trait à la disponibilité des médicaments essentiels génériques dans les formations sanitaires, à la prévalence du VIH dans la population, aux mortalités spécifiques, à la prévalence des carences en micro-nutriments, etc....

Les systèmes d'inventaire du matériel, du personnel et des infrastructures en place ou en cours d'installation au MSP serviront pour le suivi des objectifs relatifs à la répartition des ressources.

Le système de gestion financière en cours d'élaboration au MSP permettra de maîtriser et de suivre les ressources engagées par source de financement, par région et par domaine d'activité et de connaître à intervalles réguliers, leur allocation tant du point de vue des produits consommés que du lieu d'affectation. Ceci suppose un minimum de comptabilité analytique. La réalisation annuelle des revues des dépenses publiques et des comptes de la santé permettra ainsi de disposer d'informations financières importantes sur le secteur.

La disponibilité de ces informations permettra de développer une stratégie de consommation prévisionnelle des crédits grâce à des analyses de gestion rétrospectives semestrielles afin de pouvoir assurer une répartition rationnelle des ressources.

Le but de cette gestion prévisionnelle décentralisée des crédits est de fournir une possibilité permanente d'ajustement des crédits disponibles à des besoins identifiés et localisés, tant au niveau de la répartition géographique des ressources, de budget à budget, que des transferts de rubrique à rubrique à l'intérieur d'un même budget.

Le système de gestion financière aura également pour objectif de gérer de manière rationnelle les ressources dont disposera le secteur. Ce sont :

- les ressources financières (budget de l'Etat, fonds des collectivités, contributions des ONG, des populations et des partenaires au développement, etc....)
- les ressources matérielles (logistique, infrastructures, équipement, médicaments, dons divers....)

Cette gestion financière s'appuiera sur :

- Les données administratives :
 - Organisation administrative du pays (régions, départements, arrondissements, communes)
 - Les Ministères concernés par le programme (domaines d'intervention)
 - Le Ministère de la Santé Publique (Directions Centrales et régionales, DDSP..)
- Les données législatives
- Les données économiques (micro et macro)
- Les données comptables :
 - comptabilité générale (journal, grand livre, balance, compte d'exploitation générale)
 - comptabilité analytique d'exploitation (EPA, zones de recouvrement de coûts)
 - recouvrement des coûts (méthode directe/indirecte)

Un système de communication performant sera développé entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire afin de mieux maîtriser les clefs de répartition que le MSP compte mettre en oeuvre. Le système de communication doit être le plus simple possible pour être pris en charge par le système d'information de routine.

4.5.2. Enquêtes transversales

Les enquêtes transversales seront menées pour préciser les informations issues de la collecte de routine et pour évaluer l'impact du programme, entre autres, sur la morbidité et la mortalité infanto-juvénile, la prévalence de la contraception, l'allaitement maternel, l'hygiène et l'assainissement du milieu, etc.

4.5.3. Recherches opérationnelles

Les recherches opérationnelles serviront à élaborer et à tester les stratégies d'intervention. Elles détermineront les meilleures approches pour l'intégration des services au niveau des formations sanitaires, pour l'organisation la plus efficace des districts sanitaires pour la fourniture au niveau communautaire des produits contraceptifs, pour la meilleure utilisation des ASC et des consultations foraines....etc.

Elles aideront également à élaborer les mécanismes de suivi et d'évaluation pour les objectifs non couverts par les outils cités ci-dessus.

4.5.4. Evaluation

Les différents outils d'informations décrits ci-dessus seront utilisés pour les évaluations périodiques. Un bilan annuel d'exécution de chaque entité administrative (arrondissement, commune) sera soumis localement aux différents comités pour examen et adoption avant leur transmission au niveau régional. A ce niveau, les comités régionaux feront l'examen de ces bilans et des propositions de réorientation. Ces documents, une fois regroupés et analysés par la DEP, constituent le bilan annuel d'exécution.

Les évaluations prévues seront conduites par le niveau central (MSP, Ministère chargé du Plan et autres services connexes) avec la participation des régions et des sous-régions. Ces évaluations seront soumises à toutes les instances des organes de suivi/évaluation .

REFERENCES

1. Annuaires statistiques 1994 à 1998, DN/SNIS
2. Base des données sur les ONG intervenant dans le secteur santé au Niger, MSP/DEP et OMS, décembre 1998
3. Développement des Ressources Humaines pour la Santé, Plan stratégique 2000-2010 Septembre 1999, MSP
4. Déclaration de Politique Pharmaceutique Nationale, 31 mars 1995
5. Enquête à indicateurs multiples (multiple indicator cluster sample survey : MICSS) décembre 1996 : 166 p
6. Enquête auprès des Bénéficiaires (EB) à mi-parcours, mars 2000
7. Evaluation à mi-parcours du P.S II, mai 2000
8. Synthèse des Evaluations à mi-parcours P.S II-PAA, mai 2000
Présentation niveau DDS
9. Evaluation à mi-parcours P.S II/PDSR-PAA, Rapport de synthèse niveau DDS, Maradi, janvier 2000
10. Evaluation à mi-parcours P.S II, Présentation du niveau central, mai 2000
11. Evaluation externe à mi-parcours du P.S II, Rapport de synthèse, mai 2000, UCP
12. Lignes directrices pour l'analyse de la situation sanitaire du pays, la politique nationale de santé, le Plan national de développement sanitaire, OMS Bureau Régional pour l'Afrique
13. Michèle B. et coll. Projets de Recherche et Mémoires en Santé Publique et Communautaire, Guide Pratique, 1991 : 115 p
14. Plan d'Actions Prioritaires Pharmaceutiques
15. Plan Directeur Pharmaceutique National
16. Plan de Développement Sanitaire 1994-2000, MSP, mars 1994 : 72 p
17. Plan Stratégique National de la Recherche en Santé, Atelier national d'élaboration, Niamey du 16 au 18 novembre 1999
18. Programme Cadre de Promotion du Secteur Privé, avril 1997
19. Programme de développement du secteur de la santé, Evaluation à mi-parcours du P.S II Rapport de synthèse niveau district, Maradi, janvier 2000

20. Rapport annuel du PNLIS, 1998
21. Rapport de l'étude sur l'évaluation des besoins en santé mentale, mai 2000 MSP/DPS
22. Rapport général du séminaire sur la collecte des données statistiques concernant les personnes handicapées, Cotonou du 22 au 26 février 1999
23. Rapport annuel d'activités 1994 à 1999, DN/PEV
24. Rapport de mission d'évaluation de la participation communautaire MSP/PS II, avril 2000
25. Recueil des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, MSP/DPHL/PT
26. Revue des dépenses publiques période 1990-1997 secteur santé, Rapport final août 1998
27. Revue des dépenses publiques secteur santé, Exercice 1998, Rapport final février 2000
28. Sabine A. et coll. Enquête Démographique et de Santé au Niger 1998 : 358 P