

**ANNEXE AU DECRET N°2017-160/PRN/MSP DU 03 MARS 2017
PORTANT ADOPTION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2017-2021**

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité – Travail – Progrès



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL

PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PDS)

2017-2021



Sommaire

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	xi
1. Amélioration de la gouvernance et du leadership.....	xiii
2. Accès aux soins et services de santé.....	xiv
3. Prestations des soins et services de santé.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
I. CADRE CONTEXTUEL DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE	2
1.1 CONTEXTE INTERNATIONAL ET REGIONAL	2
1.2 CONTEXTE NATIONAL	3
1.2.1 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	4
1.2.2 DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES.....	4
1.2.3 CADRE GENERAL DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE EN SANTE AU NIGER.....	5
1.3 JUSTIFICATION ET APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	6
II.ANALYSE DE LA SITUATION.....	8
2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	8
2.1.1. SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT	8
2.1.1.1 SANTÉ MATERNELLE	8
2.1.1.2 SANTÉ DE L'ENFANT	10
2.1.3. SITUATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES.....	14
2.1.3.1. PALUDISME	14
2.1.3.2. VIH/Sida	16
2.1.3.3. TUBERCULOSE (TB).....	17
2.1.3.4. HÉPATITES VIRALES	19
2.1.4. LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN)	19

2.1.5.	SITUATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	20
2.1.6.	GESTION DES ÉPIDÉMIES ET URGENCES DE SANTE PUBLIQUE	21
2.1.7.	LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	22
2.1.8.	ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	23
2.1.8.1.	ANALYSE DES COMPOSANTES DU SYSTEME DE SANTE (PILIERES).....	25
2.1.8.1 .1	GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	25
2.1.8.1.2	FINANCEMENT DE LA SANTE	29
2.1.8.1.3	RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE	31
2.1.8.1.4	MEDICAMENTS ET PRODUITS ESSENTIELS, EQUIPEMENTS ET TECHNOLOGIE.....	33
2.1.8.1.5	SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET DE RECHERCHE.....	37
2.1.8.1.5 .1	SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE.....	37
2.1.8.1.5 .2	RECHERCHE EN SANTÉ	38
2.1.8.1.6	PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE	38
2.1.8.1.6.1	COUVERTURE SANITAIRE	38
2.1.8.1.6.2	DISPONIBILITÉ, QUALITÉ ET CAPACITÉ OPÉRATIONNELLE DES SERVICES.....	40
2.2.	COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANITE	43
2.2.1.	COUVERTURE EN SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS.....	43
2.2.2.	PROTECTION CONTRE LE RISQUE FINANCIER	44
2.2.3.	GRATUITÉ DES SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET DES FEMMES	45
2.3.	REALISATIONS ET LECONS APPRISES DU PDS 2011-2015.....	46
2.3.1.	REALISATIONS DU PDS 2011-2015.....	46
2.3.2.	LECONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDS 2011-2015.....	47
III.	ANALYSE DES PARTIES PRENANTES	48
IV.	RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE (PNS)	52
4.1.	VISION DE LA PNS.....	52
4.2.	OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE.....	53
4.2.1.	OBJECTIF GENERAL.....	53

4.2.2. OBJECTIF SPECIFIQUE.....	53
4.3. FONDEMENTS DE LA PNS	53
4.4. VALEURS ET PRINCIPES DE LA PNS.....	53
4.5. RESULTATS ATTENDUS DE LA PNS.....	54
4.6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	54
V. OBJECTIFS, AXES D'INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES DU PDS 2017-2021.....	54
VISION.....	54
5.1. OBJECTIFS DU PDS.....	55
5.1.1. Objectif global	55
5.1.2. Objectif spécifique.....	55
5.2. AXES STRATÉGIQUES.....	55
VI STRATEGIES D'INTERVENTION.....	55
6.1 AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP	55
6.2 AMELIORATION DE L'OFFRE, DE LA QUALITE ET DE LA DEMANDE DES PRESTATIONS.....	59
6.3 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE	75
6.4 AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES PHYSIQUES ET INTRANTS	77
6.5 RENFORCEMENT DE L'INFORMATION SANITAIRE ET DE LA RECHERCHE EN SANTE	81
6.6 ACCROISSEMENT DURABLE DU FINANCEMENT DE LA SANTE	82
VII. CHAÎNE DES RÉSULTATS ET CADRE LOGIQUE	85
7.1. Chaîne des résultats	85
7.2. Cadre logique	86
VIII. DÉTERMINATION DES PROGRAMMES.....	95
8.1. Amélioration de la gouvernance et du leadership.....	95
8.2. Accès aux soins et services de santé.....	95
8.3. Prestations des soins et services de santé	96
IX BESOINS FINANCIERS DU PDS	96

9.1.	Situation du financement du secteur de la santé	96
9.1.1.	Dépenses globales de la santé	96
9.1.2.	Financement de la santé par le budget de l'Etat.....	96
9.2.	Mécanisme de financement.....	97
9.3.	Tendances et besoins financiers globaux du PDS.....	98
9.4.	Plan de financement du PDS.....	98
9.4.1	Budget par axe stratégique du PDS	98
9.3.2	Répartition du budget par programmes et sous programmes du budget programme	99
9.3.3	Repartition du budget du PDS par niveau du système de santé	102
9.3.4	Budget par catégorie de dépense	102
9.3.5	Répartition du budget par sources potentielles de financement.....	103
9.3.6	Analyse du gap de financement.....	103
9.3.7	Scénarii de financement du PDS	104
9.3.8	Utilisation efficiente des ressources.....	106
9.3.8.1	Modalités de gestion des ressources financières mobilisées.....	107
9.3.8.2	Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières.....	107
X	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PDS 2017-2021.....	108
10.1	Pilotage et coordination	108
10.2	Modalités de mise en œuvre	109
10.3	Modalités de mise en œuvre du suivi évaluation	109
	ANNEXES.....	111
	Annexe 1: Objectifs de Développement Durables (ODD)	111
	Annexe 2: Les cibles de l'ODD3 relatif à la santé.....	112
	Annexe 3: Les critères d'évaluation des risques	113
	Annexe 4: Evaluation des risques.....	113
	Annexe 5: Causes directes et actions de prévention des risques majeurs	115
	Annexe 6: Plan de mitigation des risques majeurs	117
	Annexe 7 : Tableau d'ANALYSE DES PARTIES PRENANTES (A INSERER).....	120

Annexe 8 : Tableau simplifié des Programmes et axes stratégiques	128
Annexe 8 : Arrêté de création du comité de pilotage	129
Annexe 9 : Arrêté portant création du comité technique.....	133

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ADPIC	Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
AFD	Agence Française de Développement
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMM	Autorisations de mise sur le Marché des Médicaments
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARVs	Anti rétroviraux
ATPN	Associations des Tradipraticiens du Niger
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BM	Banque Mondiale
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CDMT	Cadre des Dépenses sectorielles à Moyen Terme
CD4	Cluster de Différenciation 4
CDT	Centre de dépistage et de traitement
CFA	Colonies Françaises d'Afrique
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CNRFO	Centre National de Référence des Fistules Obstétricales
CNS	Comptes nationaux de la santé
COGEST	Comité de gestion
COGEPI	Comité de Gestion des Epidémies
COSAN	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
CSME	Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant
CNS	Conseil National de Santé
CT	Centre de Traitement
CTNS	Le Comité Technique National de Santé
CSI	Centre de santé intégrée
CRENAS	Centre de Récupération de la Malnutrition Aigüe et Sévère
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif
CUS	Couverture Universelle en Santé
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DPG	Déclaration de Politique Générale
DPS	Déclaration de Politique Sanitaire
DPPD	Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses
DS	District Sanitaire
	Direction des Statistiques
DHIS	District Health Information System

DHP/EPS	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education Pour la Santé
D.I	Direction des Immunisations
DIES	Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires
DMP/DSP	Direction des Marchés Publics et des Délégations de Service Public
DN	Direction de la Nutrition
DNS	Dépenses Nationales de Santé
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DOTS	Direct Observation Therapy Survey
DP	Densité Parasitaire
DPHL/MT	Direction des Pharmacies Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRSP	Direction Régionale de la santé Publique
DSRE	Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
ECHO	Service d'Aide Humanitaire et de Protection Civile de la Commission Européenne
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPST	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technique
EDSN	Enquête démographique et de santé au Niger
FCFA	Franc des Colonies françaises d'Afrique
FE	Femme Enceinte
FM	Fond Mondial
FC	Fond Commun
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GARP	Rapport d'activité sur la riposte contre le Sida dans le monde
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GE	Goutte Epaisse
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GNT	Groupe National de Travail
Hbts	Habitants
HD	Hôpital de District
HN	Hôpital National
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Incidence Cumulée
IGS	Inspecteur Général de Service
IEC	Information, Education et Communication
INS	Institut national de la statistique
IRA	Infection respiratoire aigue
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
IMC	Incapacité Motrice Chronique
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages

ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
JNM	Journées Nationales de Micronutriments
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
MCD	Médecin Chef du District
LMD	Licence –Master – Doctorat
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MES	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ebola
MRR	Maternité de Référence Régionale
NB	Nota Bené
NV	Naissances Vivantes
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA	Plan d'Action Annuel
PAP/PA	Plan d'Action Prioritaire Pluri Annuel
PAI	Projet d'Appui Institutionnel
PPA	Plan Pluri Annuel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDC	Plan de Développement Communal
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PECADOM	Prise en Charge des Cas de paludisme à Domicile
PEV	Programme Elargi des Vaccinations
PC	Participation communautaire
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDSD	Plan de Développement Sanitaire du District
PIE	Programme d'Investissement de l'Etat
PM	Pour Mémoire
PMA	Paquet Minimum d'Activités

PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNCD	Plan National de la Communication pour le Développement
PNPS	Politique Nationale de la Protection Sociale
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNEVG	Programme National d'Élimination du Ver de Guinée
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PSS	Politique Sectorielle de Santé
PNSN	Politique Nationale de la Sécurité Nutritionnelle
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère – Enfant
PVH	le Papilloma Virus Humain
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RC	Recouvrement de Cout
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines de la Santé
RMC	Maladies Respiratoires chroniques
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Aide Médicale d'urgence
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SDDCI	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SG	Secrétariat Général
SP	Secrétariat Permanent
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaires
\$ US	Dollar Américain
STEPS	Approche intégrée de surveillance / prévention / prise en charge des MNT
TAS	Transmissin Assessment Survey
TB/TBC	Tuberculose
TDM	Traitement de Masse
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Prophylactique Intermittent

TMM5	Taux de Mortalité des Moins de cinq (5) ans
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ULSS	Unité de Lutte Sectorielle contre le Sida
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Evolution des cas et des décès liés au paludisme présumé par tranche d'âge 2011- 2015	15
Tableau II : Répartition des DS, HD, CSI et Cases de santé par région selon l'annuaire statistique 2015	24
Tableau III: Chaîne des résultats	85
Tableau IV : Matrice du cadre logique	86
Tableau V : Répartition du budget par axe stratégique	98
Tableau VI: Répartition du budget par sous programmes	101
Tableau VII : Répartition du budget par niveau du système de santé.....	102
Tableau VIII: Budget par catégorie des dépenses budgétaires	102
Tableau IX: GAP de financement du PDS 2017 - 2021 (en millions de FCFA)	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre général de planification stratégique en santé au Niger.....	6
Figure 2: Taux de mortalité maternelle au Niger (gauche) et projection de la tendance en 2050 (droite)	8
Figure 3: Evolution de l'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de 2011 à 2015 au Niger.	15
Figure 4: Evolution de la prévalence VIH-Sida entre 2006 et 2012 et sa distribution régionale (2012)	16
Figure 5: Taux de notification des cas TB toutes formes confondues dans les régions en 2014 (DSRE)	17
Figure 6: Evolution du taux de guérison/succès thérapeutique de la TBC de 2011 à 2014 (Annuaire statistiques 2015).....	18
Figure 7 : Evolution du budget de l'État alloué à la santé de 2003-2014 selon les Comptes Nationaux de la Santé.....	29
Figure 8: Couverture en services de santé essentiels	43
Figure 9: analyse des parties prenantes au PDS.....	52
Figure 10: Evolution du budget alloué au secteur de la santé.....	97
Figure 11: Répartition des ressources financières du PDS par axe stratégique.....	99
Figure 12: Répartition du budget par programme.....	100
Figure 13: Evolution en pourcentage des sources de financement du PDS	103

PREAMBULE

L'un des défis majeurs auquel notre système de santé fait face est celui d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité et d'esprit social. Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé répondant aux besoins de plus en plus croissants de la population.

Conscient de cette situation et à l'instar des autres pays de la sous-région, le Niger s'est doté de son quatrième Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) qui cadre bien avec les Objectifs de Développement Durable (ODD), le Plan de Développement Economique et Social (PDES 2012-2015), la Stratégie de développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035; le Programme de Renaissance du Président de la République acte II 2016-2021, la Déclaration de Politique Générale (DPG 2017-2021), la Politique Nationale de Santé (PNS) validée en Octobre 2015 et adoptée le 03 mars 2017 en conseil des ministres et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2014-2018).

Le PDS est en cohérence avec les Soins de Santé Primaires et les 6 piliers définis par l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé, les Déclarations de Paris sur l'aide au développement, d'Alger sur la recherche en santé. Ce plan vise comme objectif la contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le PDS, stratégie sectorielle de la santé pour les cinq (5) prochaines années, respectant la Gestion Axée sur les Résultats est le fruit d'un long processus participatif impliquant tous les acteurs du secteur (gouvernement, collectivités territoriales, PTF, société civile y compris le secteur privé). Il servira de base d'orientations pour les différentes interventions dans le secteur ainsi que les allocations des différentes ressources sur les axes prioritaires retenus.

En effet, 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 améliorer l'état de santé des populations nigériennes. Des efforts considérables ont été faits dans le sens de réduire la mortalité et la morbidité de la population nigérienne. Ce plan s'impose pour assurer la continuité et consolider les acquis et tenir compte des recommandations de l'évaluation, de la nouvelle Politique Nationale de Santé et de l'évolution du contexte régional et international.

Ce but ne saurait être atteint sans la mobilisation de tous les acteurs du secteur (Etat, Partenaires Techniques et Financiers, collectivités locales et les initiatives privées). Tout ceci serait soutenu par une gestion efficace, rationnelle et efficiente des ressources et l'implication effective des secteurs connexes.

En vue d'améliorer les performances du secteur et rendre efficace la mise en œuvre de l'approche sectorielle, un guide de suivi évaluation sera élaboré et mis en œuvre et un COMPACT Pays sera signé entre le Ministère de la Santé et les différents Partenaires Techniques et Financiers.

Le droit à la santé étant consacré dans notre Constitution, le PDS 2017-2021 traduit notre volonté de rendre effectif ce droit à travers les interventions planifiées dans six (6) axes stratégiques à

savoir : (i) Le renforcement du leadership et de la gouvernance ; (ii) L'amélioration de l'offre, de la qualité des soins et de la demande des prestations ; (iii) Le développement des ressources humaines de la santé ; (iv) L'amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.) ; (v) Le renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé ; (vi) L'amélioration du financement de la santé.

Au terme de l'exécution de ce PDS, nous attendons un secteur de la santé performant en mesure de permettre aux citoyens de bénéficier d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité avec leur pleine participation.

Cette amélioration de l'accès aux soins de qualité va contribuer à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance, à un meilleur bien-être des populations ainsi qu'à la croissance économique nationale.

Un accent particulier sera mis sur les activités de la santé de la reproduction et surtout sur la planification familiale en vue d'améliorer l'état de santé des groupes vulnérables (les mères et les enfants) pour un développement harmonieux de notre pays.

Je suis convaincu que l'exécution effective de ce PDS permettra une amélioration très nette de tous les indicateurs sanitaires pour une meilleure Couverture Universelle de soins de Santé.

Ce plan a été validé au cours d'un atelier national de consensus, qui s'est tenu à Niamey du 15 au 16 août 2016, regroupant les principaux services du MSP, les services connexes, les collectivités territoriales, la société civile et les Partenaires Techniques et Financiers. Il a été adopté en Conseil des Ministres le **03 mars 2017**. C'est le lieu pour moi, de transmettre mes sincères remerciements à tous les acteurs et à tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce précieux outil.

J'exhorte l'ensemble du personnel de la santé, du public comme du privé et la société civile à s'approprier ce PDS et à s'en inspirer pour la planification et l'exécution de ses activités.

Je lance un appel aux acteurs et aux partenaires techniques et financiers pour contribuer de manière efficace à la mise en œuvre de ce plan.

Le Ministre de la Santé Publique



RESUME EXECUTIF

Après trois (3) générations, le Niger est aujourd'hui à l'élaboration de son quatrième Plan de Développement Sanitaire (PDS) qui couvre le quinquennat 2017-2021. Les objectifs, résultats attendus et stratégies de ce nouveau PDS sont les réponses apportées à une analyse approfondie du secteur, des déterminants de la santé et des réponses que le pays y apporte à travers les six piliers du système de santé.

Ce plan est en cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD), le document du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2012-2015), la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035; le Programme de Renaissance du Président de la République acte II 2016-2021, la Déclaration de Politique Générale (DPG 2017-2021), la Politique Nationale de Santé (PNS) validée en Octobre 2015 et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2014-2018).

Le PDS 2017-2021 vise l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), dont un (01) sur les dix sept (17) est en rapport direct avec la santé. Il s'agit de l'**objectif 3** : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et de 9 autres indirectement en relation avec la santé qui sont:

Objectif 1 « Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde », **Objectif 2** « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable », **Objectif 4** « Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un même pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie », **Objectif 5** « Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles », **Objectif 6** « Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau », **Objectif 10** « Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre », **Objectif 11** « Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables », **Objectif 16** « Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous », **Objectif 17** « Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser ».

Pour consolider les acquis, en évitant une rupture dans le processus de planification, le MSP a entrepris l'élaboration d'un nouveau PDS pour la période 2017-2021 et d'un Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) ainsi que d'un COMPACT –Pays qui sera avec tous les Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le secteur de la santé.

Le processus d'élaboration du présent PDS, focalisé sur l'atteinte des Objectifs de Développement Durables, de la SDDCI et du le Programme de Renaissance du Président de la République acte II 2016-2021, a été réalisé selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et sur le Genre avec le concours d'experts nationaux et internationaux. Il a été conduit essentiellement en 6 étapes à savoir : (i) la mise en place des différents comités,(ii) l'élaboration des orientations stratégiques, (iii) la rédaction du PDS stratégique et du CDSMT/DPPD, (iv) l'élaboration des documents connexes : carte sanitaire, Plans d'Actions Prioritaires pluriannuels (PAPD) des

Districts, Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH), Plans d'Actions Prioritaires pluriannuels Régional (PAPR), Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH), (v) la transmission du PDS au Gouvernement pour adoption et (vi) la signature du COMPACT Pays. L'ensemble du processus est mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé...).

L'analyse de la situation réalisée en vue de l'élaboration de ce nouveau PDS a permis d'identifier des goulots d'étranglement auxquels s'ajoutent le faible revenu de la majorité de la population et des comportements socioculturels néfastes à la santé.

Ces goulots ont, pour certains d'entre eux, une dimension de transversalité :

- ✓ Faiblesse des ressources humaines en quantité, qualité et distribution géographique;
- ✓ Faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants à tous les niveaux ;
- ✓ Insuffisance dans la gestion de la maintenance des bâtiments et équipements ;
- ✓ Insuffisance de l'approche communautaire vue sous les angles de l'implication des ménages et relais communautaires, de l'effectif des Agents de Santé Communautaire (ASC), de leur formation et des modes de leur rétribution à pérenniser ainsi que sur celui de la rationalisation de l'utilisation des cases de santé ;
- ✓ Insuffisance de la qualité des soins et des prestations, en particulier pour ce qui est de l'accueil, du comportement des prestataires vis-à-vis des patients et de l'organisation des soins (insuffisance d'intégration des soins, faiblesse de la référence et contre référence ...);
- ✓ Insuffisance des capacités institutionnelles du MSP qui peut expliquer la tendance du Niveau central à se focaliser sur des activités opérationnelles plutôt que sur des Interventions stratégiques de conception, de recherche et de suivi-évaluation ;
- ✓ Comportement pro nataliste et les pesanteurs socioculturelles (faible niveau d'instruction, mariage précoce ...).

Ils sont, pour d'autres, reliés à des facteurs spécifiques :

- ✓ Insuffisance d'intégration des programmes verticaux ;
 - ✓ Insuffisance de couverture sanitaire pour l'accès universel aux services Santé de la Reproduction (SR) de qualité : la Planification Familiale (PF), le suivi de la grossesse normale et à risques, le développement de la Prévention de la Transmission Mère – Enfant du VIH (PTME), le Programme Elargi de Vaccinations (PEV), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et la nutrition ;
 - ✓ Retards de remboursement des fonds utilisés pour la gratuité des soins ;
 - ✓ Faible fonctionnalité de la référence contre référence entravant la continuité et qualité des services en particulier pour les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet (SONUC).
- Ces aspects, qui influent significativement sur l'atteinte des objectifs, sont à prendre en compte pour donner leur pleine efficacité/efficacités à la réalisation des interventions prioritaires et des activités à haut impact sur lesquelles le PDS entend mettre l'accent.

Il convient aussi de relever les obstacles majeurs suivants :

- ✓ Le sous financement du secteur et la faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités de santé entre zones rurales et urbaines ;

- ✓ Les coûts élevés des prestations et produits pharmaceutiques ;
- ✓ La faiblesse du système de suivi évaluation axé sur les résultats et de la recherche en santé;
- ✓ La faiblesse de la gouvernance et du leadership ;
- ✓ La faible participation des organisations de la société civile dans la construction et/ou la gestion des formations sanitaires et le non-respect des normes d'implantation ;
- ✓ L'environnement de travail peu favorable à une bonne dispensation des prestations ;
- ✓ L'insuffisance ou l'absence de stratégies adéquates de lutte contre les maladies.

L'analyse de la situation du secteur santé au Niger conduit à placer au centre des préoccupations de ce nouveau PDS la disponibilité permanente des moyens de fonctionnement, la question des ressources humaines et celle de la participation communautaire à la prise en charge de la santé, en vue de la satisfaction des besoins du malade, le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé. Ainsi le PDS a pour objectifs ci-après :

Objectif général : Contribuer à la promotion du bien-être social de la population en vue de l'atteinte des ODD liés à la santé.

Objectif spécifique : Renforcer la demande et l'offre de soins et de services de qualité à toute la population.

Pour atteindre cet objectif, six axes stratégiques ont été déclinés à savoir :

1. Amélioration de la gouvernance et du leadership
2. Accroissement des prestations de soins et services de qualité ;
3. Développement des Ressources Humaines;
4. Financement durable du secteur de la santé ;
5. Gestion adéquate, maintenance, et entretien des équipements et intrants
6. Développement de l'information sanitaire intégrant les nouvelles technologies et de la recherche.

Ces axes stratégiques ont été traduits en trois (3) programmes et vingt-huit (28) sous programmes que sont :

1. Amélioration de la gouvernance et du leadership

Ce programme comporte treize (13) sous programmes : (i) Pilotage, dialogue et coordination des actions et des partenaires du MSP (ii) Reformes sectorielles y compris la décentralisation (iii) contrôles, audits et inspection générale des services (iv) Participation communautaire (v) Planification, suivi et évaluation (vi) Financements du secteur de la sante (accroissement et gestion) (vii) Gestion des ressources matérielles (viii) Gestion des ressources humaines (RH) (ix) Construction/réhabilitation et équipement d'infrastructures administratives et éducatives (x) Régulation et normalisation (xi) Information sanitaire (xii) Promotion de la recherche pour la santé (xiii) Communication (interne et externe), documentation et archivage.

2. Accès aux soins et services de santé

Ce programme comporte sept (7) sous programmes : (i) Développement des Compétences (ii) Construction/réhabilitation d'infrastructures sanitaires (iii) Acquisition et maintenance des équipements sanitaires (iv) Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité (v) Promotion des mécanismes de protection contre le risque financier (vi) Promotion du secteur sanitaire privé (vii) Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles

3. Prestations des soins et services de santé

Ce programme comporte huit (8) sous programmes : (i) Lutte contre les maladies transmissibles (ii) Lutte contre les maladies non transmissibles (iii) Lutte contre les maladies tropicales négligées (iv) Santé de la reproduction (santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et de l'homme) (v) Nutrition (vi) Promotion de la santé (vii) Assurance qualité des services et soins de santé (viii) Sécurité sanitaire, gestion des épidémies, urgences et catastrophes

La mise en œuvre de ces trois programmes et leurs sous programmes se fera à travers l'élaboration des plans d'actions prioritaires pluri annuels et les plans d'action annuel à tous les niveaux sur la base des priorités.

Le coût total du PDS (2017-2021) est estimé **1 469 225 692 243 FCFA** soit **293 845 138 449 FCFA** en moyenne par an. Le coût par habitant est estimé à **16 640 FCFA** en 2017 et s'établira à **17 647 FCFA** en 2021. Trois scénarios ont été fait à savoir :

Le scénario pessimiste : le PIB par habitant va augmenter passant de 284 669 FCFA en 2017 à 322 025 FCFA en 2021 soit un taux de croissance du PIB par habitant qui passe de 2,52% en 2014 à 2,52% en moyenne sur la période du PDS avec un pic en 2020 à hauteur de 4%. Les versements directs des ménages n'évoluent pas dans ce scénario et ils sont estimés à 51,6% durant la période.

Le deuxième scénario dit scénario moyen : Le PIB par habitant va augmenter passant de 284 669 FCFA à 370 236 FCFA La mise en place des mécanismes de réduction de la pauvreté et le développement des mutuelles de santé peuvent amener la réduction des versements des ménages dans les dépenses totales de santé passant de 51,6% en 2017 à 48,8% d'ici 2021.

Le troisième scénario optimiste prévoit une croissance économique plus forte croissance du PIB/habitant qui évolue de 284 669 FCFA en 2017 à 427 195 FCFA en 2021. Le scénario dit « de référence » projette une estimation du financement disponible de **1 110, 238 milliards de FCFA**, donc un manque de financement de **358, 987 milliards FCFA** par rapport aux besoins. L'Etat supportera 56% du montant y compris l'aide budgétaire, suivi des ménages (36%), des PTF (6% monde extérieur) et du privé (2%).

INTRODUCTION

Après trois (3) générations de Plan de Développement Sanitaire (PDS), le Niger est aujourd'hui à la réalisation et à la mise en œuvre de son quatrième Plan qui couvre le quinquennat 2017-2021. Les objectifs, résultats attendus et stratégies de ce nouveau PDS sont les réponses apportées à une analyse approfondie du secteur, des déterminants de la situation sanitaire et des réponses que le pays y apporte à travers les six piliers du système de santé.

Ce plan est en cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD), le Document du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2012-2015), la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035; le Programme de Renaissance du Président de la République acte II 2016-2021, la Déclaration de Politique Générale (DPG 2017-2021), la Politique Nationale de Santé (PNS) validée en Octobre 2015 et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2014-2018).

En effet, le PDS 2017-2021 vise l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), dont un (01) sur les dix-sept (17) est en rapport direct avec la santé. Il s'agit de l'**objectif 3** : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et de neuf (9) autres indirectement en relation avec la santé qui sont:

Objectif 1 « Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde », **Objectif 2** « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable », **Objectif 4** « Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie », **Objectif 5** « Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles », **Objectif 6** « Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau », **Objectif 10** « Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre », **Objectif 11** « Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables », **Objectif 16** « Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous », **Objectif 17** « Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser ».

Ce document qui est le fruit d'un processus participatif impliquant tous les acteurs du système de santé, comprend outre les généralités sur le pays et l'approche méthodologique utilisée pour son élaboration, cinq grandes parties à savoir :

- ✓ L'analyse diagnostique de la situation sanitaire au Niger ;
- ✓ La vision, les objectifs et les orientations stratégiques de développement sanitaire, les stratégies et les actions prioritaires à entreprendre ;
- ✓ La détermination des programmes et des sous programmes;
- ✓ Le Cadrage budgétaire et le plan de financement ;
- ✓ Les modalités de mise en œuvre et les mécanismes de suivi et d'évaluation.

I. CADRE CONTEXTUEL DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE

1.1 CONTEXTE INTERNATIONAL ET REGIONAL

Le contexte international est dominé par l'agenda de développement durable adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015. Cet agenda est défini à travers 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) et 169 cibles à l'horizon 2030. Ces objectifs témoignent de l'ampleur de ce nouveau programme universel et s'inscrivent dans le prolongement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les ODD sont intégrés et indissociables, ils concilient les trois dimensions du développement durable : économique, sociale et environnementale. Sur les 17 ODD, un objectif concerne directement la santé, c'est l'ODD 3 qui est ainsi libellé : « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** »¹.

Le caractère « intégrés et indissociables » est tel que les résultats attendus dans le cadre d'un ODD sont fortement dépendants des progrès qui seront réalisés dans les autres ODD. L'amélioration de la santé de la population (ODD3) dépendra des progrès qui seront réalisés dans environ 9 autres ODD qui sont les ODD 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 16 et 17. Ceci montre bien l'importance de la multisectorialité pour agir sur les déterminants de la santé en vue d'améliorer la santé de la population.

La cible 3.8 relative à la Couverture Universelle en Santé (CUS) est au centre de l'agenda de développement durable en matière de santé dans la mesure où elle soutend toutes les autres cibles. Elle est la voie qui permettra aux pays de réaliser des progrès vers l'atteinte de l'ODD 3.

Quant au contexte régional, il est caractérisé par des initiatives et engagements pris par les Etats notamment :

- Déclaration d'Abuja en 2001 demandant aux pays d'allouer 15 % des dépenses publiques totales au secteur de la santé;
- Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation continentale pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction et la Stratégie Africaine de Santé 2016-2030;
- Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en 2008 suivie par l'Engagement de Luanda en 2010;
- Engagement de Luanda pour la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique en 2014.

¹ Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », A/RES/70/1, Assemblée Générale des Nations Unies, Septembre 2015.

Le Niger fait partie des 15 pays d'Afrique de l'Ouest², regroupés dans la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), dont le but principal est de promouvoir l'intégration et la coopération entre les pays membres ; la vision 2020 de l'organisation intègre « la nécessité impérieuse d'encourager, de stimuler leur développement économique et social en vue d'améliorer le niveau de vie de leurs peuples »³.

La plupart des pays de la CEDEAO est traversée par la bande sahélienne, aride, déterminant des conditions de vie précaires, aggravées par la crise sécuritaire liée aux insurrections qui sévissent dans certains pays de la région. Ces éléments conjoncturels font que les pays d'Afrique de l'Ouest partagent beaucoup de caractéristiques socioéconomiques et sanitaires ; les carences alimentaires, qui se manifestent par la malnutrition (aigue ou chronique) chez les enfants de 0 à 5 ans, y sont endémiques avec des pics saisonniers correspondant aux périodes de soudure dans la zone sahélienne. Pour mieux coordonner la lutte contre les grands problèmes de santé au niveau sous régional, la CEDEAO a créé l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Sur le plan régional, la situation sanitaire est caractérisée par une persistance de plusieurs endémies et épidémies. Le paludisme, endémie majeure, est en net recul dans la région même si son incidence reste encore élevée dans certains pays comme le Niger. Quant à l'infection au VIH, elle accuse dans la région des prévalences variables, sur un fond global de stabilisation voire de recul de la séroprévalence. En outre, l'épidémie inattendue et spectaculaire de maladie à virus Ebola, apparue en mars 2014 en Guinée, s'est étendue rapidement en Sierra Leone et au Libéria. Cette épidémie avait touché 28 638 personnes, au 17 janvier 2016 (dont la quasi-totalité dans les pays sus mentionnés) avec une létalité de près de 40%.⁴

De façon générale, les Maladies Non Transmissibles (MNT) progressent rapidement dans la région et constituent un défi majeur.

Sur le plan démographique, il faut noter que, le Niger enregistre l'un des taux de croissance les plus élevés de la région (3,9 pour 100, selon le RGPH 2012) et un ratio de dépendance très élevé (113) avec une population de moins de 19 ans de plus de 60%. Cela freine les efforts de croissance économique, et en particulier les efforts de développement sanitaire portant sur la santé de la mère et de l'enfant.

CONTEXTE NATIONAL

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37 et 23° de latitude nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude est, à 700 km au nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée avec une superficie de 1 266 491⁵ km². Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Lybie et au Sud par le Nigéria et le Bénin. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne

²Comprend les pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Togo.

³[Site Web CEDEAO](#), 19 février 2016

⁴[OMS, Rapport de Situation sur la flambée de Maladie à virus EBOLA](#), 19 février 2016

⁵ Arrêt du 16 avril 2013 de la Cour Internationale de Justice de la Haye

dans la partie Sud. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays à l'extrême Ouest sur 550 km.

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes. Les Collectivités territoriales (Région, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, des compétences et des ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd'hui opérationnelles avec des Conseils régionaux, des villes et Municipaux en place.

Le Niger est composé de neuf (9) groupes ethniques qui sont : l'Arabe, le Boudouma, le Djerma-Songhaï, le Gourmantché, le Haoussa, le Kanouri, le Peul, le Touareg et le Toubou.

1.1.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population du Niger était estimée à 19 865 066 d'habitants en 2016⁶, avec un taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,9%, l'un des plus élevés au monde. Cette forte croissance démographique est corroborée entre autre par une forte fécondité (l'ISF est passé pour l'ensemble du pays de 7,1 enfants par femme en 2006 à 7,6 en 2012) contribuant ainsi au doublement de la population tous les dix-huit ans.

Cette population est très jeune et à forte prédominance rurale La population des moins de 15 ans constitue 57% dont 21,16% pour la tranche d'âge des moins de 5 ans, 4,56% pour les 0-11 mois et 20,13% pour les femmes en âge de procréer. La proportion de 65 ans et plus est de 3,5%. La population active âgée de 15 à 64 ans représente 44,9%.

Une large majorité de la population active est engagée dans le secteur de l'agriculture, principalement dans des exploitations familiales, de taille réduite, pratiquant une agriculture de subsistance, et dans celui de l'élevage. Le secteur agricole, base de l'économie du pays, est fortement dépendant des conditions climatiques difficiles, comportant des périodes de sécheresse récurrentes.

1.1.2 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

La République du Niger est l'un des pays les plus pauvres du monde, avec 80% de la population disposant de moins de 2\$ U.S par jour. Le PIB était de 3 659,6 milliards de FCFA (7,3 milliards d'US\$) en 2013, soit 205 600 FCFA (411 US \$) par habitant/an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs⁷. Le secteur minier sur qui reposent des espoirs, ne participe actuellement qu'à 4 % de la richesse nationale produite⁸.

Le taux d'analphabétisme est un des plus élevés de la sous-région atteignant 71% de la population et un taux de scolarisation dans le primaire de 89,5% chez les garçons et de 74,7% chez les filles

⁶Projection démographique du Niger Horizon 2012-2035.

⁷INS, Le Niger en chiffres 2014

⁸PDS 2011-2015

en 2012-2013⁹. L'indice de développement humain reste encore faible à 0,348 en 2015. Les indicateurs sociaux du pays figurent parmi les moins performants de la sous-région : (i) moins de la moitié (47,87% en 2013) de la population a accès aux centres de santé dans un rayon de 0-5 km, (ii) le taux brut de scolarisation est de 79,2% en 2012 et 82% en 2013, (iii) la proportion de la population consommant de l'eau provenant d'une source améliorée est de 97 % à Niamey, 96,7% dans les autres villes et 60,5 % en milieu rural, (iv) la couverture des ménages en électricité reste encore faible (14% en 2012 contre 9% en 2006) avec des disparités entre le milieu rural (38 %) et le milieu urbain (95 %)¹⁰.

1.1.3 CADRE GENERAL DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE EN SANTE AU NIGER

L'élaboration du PDS 2017-2021 s'inscrit dans le cadre du développement économique et social national. Ainsi, il tient compte du contexte politique, stratégique et budgétaire caractérisé par :

- ✓ La Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035, a pour objectifs de : (i) créer un cadre global et prospectif de gestion du développement, de réflexion nationale sur le futur lointain et l'édification d'une vision commune d'un projet de société ; (ii) inscrire des politiques de développement dans une perspective plus large et plus globale pour préparer, dès aujourd'hui, l'avenir du Niger, (iii) assurer une plus grande lisibilité aux politiques et stratégies de développement et (iv) constituer la source d'inspiration et le point d'ancrage du prochain Plan de Développement Economique et Social PDES 2017-2021. La note de formulation de la SDDCI Niger 2035 a été adoptée par décret N°2014-014 du 9 janvier 2014.
- ✓
- ✓ Le Programme de Renaissance du Président de la République acte II: il s'agit d'un engagement du président du Niger à réaliser les grands objectifs des principaux secteurs de développement. Au plan sanitaire, ce programme vise la réduction du taux de mortalité maternelle, la construction d'infrastructures sanitaires, la lutte contre le VIH sida et les maladies non transmissibles, le recrutement de personnels de santé en quantité et en qualité.
- ✓ La Politique Nationale de Santé (PNS), volonté émanant d'une évaluation exhaustive de la politique de santé de 2002, mise en œuvre dans les PDS 2005-2010 et 2011-2015.
- ✓ Au plan stratégique, le PDS est une traduction sectorielle du Plan de Développement Économique et Social (PDES) du Niger.
- ✓ Au plan budgétaire, l'allocation des ressources au PDS est encadrée par un Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses (DPPD), qui assure la congruence entre les résultats attendus et les ressources financières engagées, dans une optique de Gestion Axée sur les Résultats.

⁹Ibid.3

¹⁰EDSN MICS 4 de 2012

- ✓ Enfin, au plan opérationnel, le PDS sera mis en œuvre à travers des Plans d'Action Prioritaires Pluri Annuels (PAP/PA) qui est la traduction opérationnelle du PDS, reprenant les activités par année et par programme, aux niveaux opérationnel, intermédiaire et central et des Plans d'Action Annuels (PAA) aux 3 niveaux du système de santé : central, régional et district.

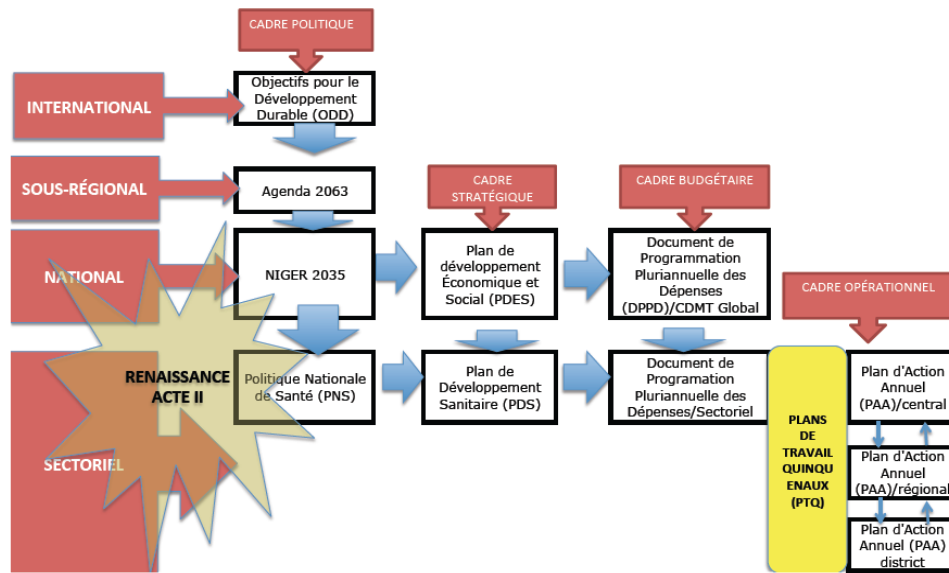


Figure 1 : Cadre général de planification stratégique en santé au Niger

1.2 JUSTIFICATION ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

Le PDS 2011-2015 est arrivé à terme. Des efforts considérables ont été faits dans le sens de réduire la mortalité et la morbidité de la population nigérienne. L'élaboration d'un nouveau PDS s'impose pour assurer la continuité, consolider les acquis et tenir compte des recommandations de l'évaluation du précédent PDS, de la nouvelle Politique Nationale de Santé et de l'évolution du contexte régional et international.

L'ensemble du processus à la fois ascendant et descendant a été mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires, collectivités territoriales, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé...). Le processus global d'élaboration du PDS, focalisé sur l'atteinte des ODD, a été réalisé selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) avec le concours des experts nationaux et internationaux. Il a été conduit en plusieurs étapes selon un processus itératif : (i) mise en place des différents comités, (ii) élaboration des orientations stratégiques, (iii) rédaction du premier draft du PDS stratégique, (iv) validation technique du PDS (v), finalisation du PDS stratégique 2017-2021, (vi) et adoption du PDS par le Gouvernement.

Sur le plan organisationnel, le MSP a mis en place deux comités ad hoc :

(i) Comité Technique d'élaboration du PDS placé sous l'autorité du Secrétaire Général du MSP. Il est chargé de l'élaboration du document stratégique, de l'appui aux structures déconcentrées et du recrutement des consultants.

(ii) Comité de pilotage sous l'autorité du Ministre de la Santé, regroupant l'ensemble des acteurs du système (MSP, autres ministères, PTF, secteur privé...). Il a pour mission : (i) donner des orientations pour une meilleure conduite du processus (ii) apprécier et valider les documents soumis par le Comité Technique.

Pour des raisons pratiques, le comité technique a mis en place un sous-comité technique restreint chargé de produire les documents à soumettre à l'approbation du Comité Technique.

L'élaboration des orientations stratégiques (objectifs, résultats et stratégies) a été réalisée à travers une analyse de la situation réalisée selon les six (6) piliers du système de santé définis par l'OMS. Ceci a permis, à partir d'une multitude de documents stratégiques, de politiques sectorielles, rapports d'évaluation et rapports d'études d'identifier les principaux problèmes auxquels le secteur est confronté.

Une analyse causale des problèmes identifiés en utilisant « l'arbre des problèmes » a été effectuée. Ce dernier a permis de déterminer : (i), le problème central, (ii) l'élaboration des objectifs à travers l'arbre à objectifs, (iii) la définition et la description des principaux axes stratégiques, des programmes et des différentes stratégies retenues pour la mise en œuvre du PDS en se référant, entre autres, aux documents de stratégies sectorielles existants, (iv) l'élaboration de la chaîne de résultats, (v) l'élaboration du cadre logique du PDS 2017 - 2021 y compris la sélection des indicateurs et la fixation des cibles à atteindre.

A chaque étape, une validation des documents produits a été effectuée par le comité technique et le comité de pilotage. Au préalable, tous les documents produits ont été soumis aux responsables des structures centrales et déconcentrées pour amendement.

La rédaction du premier draft du PDS stratégique et sa budgétisation avec l'outil One Health ont été réalisées avec le concours de consultants internationaux et nationaux recrutés grâce à l'appui des partenaires. Le processus a aussi bénéficié de l'appui d'une expertise internationale mise à disposition par l'OMS.

La consolidation de ces différents documents a abouti à l'élaboration du projet de PDS qui a été transmise pour adoption par le Gouvernement avant la signature du COMPACT entre le Ministère de la santé et les partenaires du secteur. Cette démarche a permis surtout de définir les différents programmes structurels sur lesquels le secteur va s'engager pour améliorer l'état de santé des populations d'ici 2021.

Dans le but d'impliquer toutes les parties prenantes dans le processus, un partage systématique des documents produits a été fait par le comité restreint à travers les e-mails et des séances de travail. La conduite de ce processus a connu un certain nombre de limites, parmi lesquelles on peut noter le faible feedback à certains niveaux.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

2.1.1. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

2.1.1.1 SANTE MATERNELLE

L'enquête EDSN MICS IV 2012 a montré que le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) était de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes alors que l'évaluation des OMD réalisée en décembre 2015 a rapporté qu'il est de 520/100 000 naissances vivantes (NV).¹¹ Malgré la baisse régulière de cette mortalité maternelle, les résultats restent encore très insuffisants au vu des engagements souscrits dans le cadre de l'atteinte de l'OMD 5 qui est de réduire de trois quarts la mortalité à l'échéance 2015. Plus de la moitié de ces décès soit 52% survient chez des adolescentes ou des adultes jeunes (avant l'âge de 24 ans) et dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.¹²

Pour atteindre la cible de l'OMD 5 (2015), le RMM devait descendre jusqu'à 175 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Au rythme actuel de la réduction de la mortalité maternelle, il faudra encore des décennies au pays pour atteindre la cible de l'OMD 5. En 2050 par exemple, le ratio de mortalité maternelle serait d'environ 303 décès pour 100 000 naissances vivantes si le rythme actuel de réduction de la mortalité maternelle ne s'améliore pas.

La figure suivante montre la tendance de la réduction du ratio de mortalité maternelle entre 1992 et 2012 et sa projection jusqu'en 2050 (EDSN 1992 à 2012).

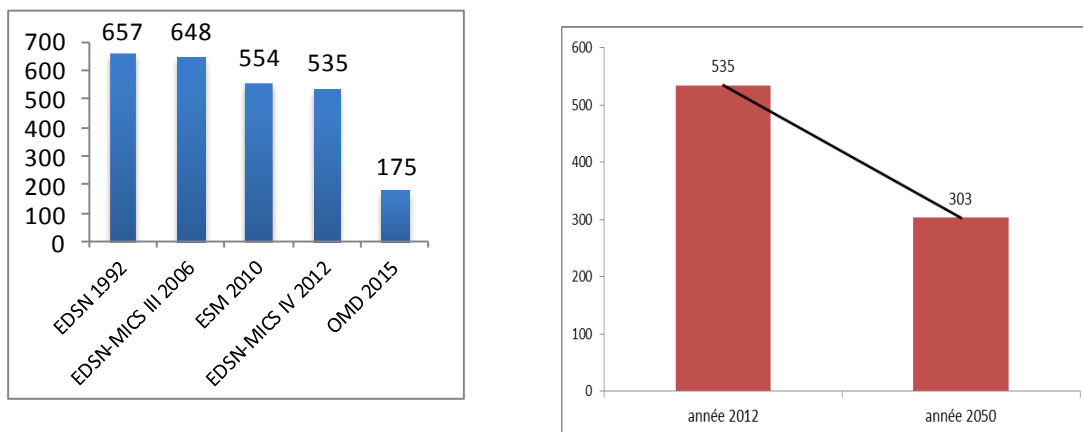


Figure 2: Taux de mortalité maternelle au Niger (gauche) et projection de la tendance en 2050 (droite)

S'agissant des niveaux de couverture des interventions à haut impact sur la mortalité maternelle, on note que :

¹¹ Institut National de la Statistique (INS)/Ministère des Finances/République du Niger; *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateur Multiples (EDSN)*. Niamey, 2012.

¹² Etat des lieux de la surveillance des décès maternels, les revues et la riposte Février 2015

- ✓ La couverture en **soins prénatals (CPN1)**, selon les EDSN, est passée de 39 % en 1998 à 46 % en 2006 et à 83 % en 2012. On constate des disparités entre le milieu urbain (96,9 %) et le milieu rural (80,4 %). On note également que la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals a tendance à augmenter avec le niveau d’instruction et le statut socio-économique du ménage. Environ un tiers des femmes (33 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales, conformément aux recommandations de l’OMS. Ce taux était à 15% en 2006. 71,4% des femmes ont leurs dernières naissances protégées contre le tétanos néonatal. **EDSN MICS IV 2012**
- ✓ Le taux de **prévalence contraceptive** des méthodes modernes chez les femmes en union est à 12,2% ; allant de 6% à Tahoua à 32% à Niamey selon l’EDSN MICS IV 2012. Ce taux varie en fonction de la zone de résidence (respectivement de 9,7% en zone rurale à 27% en zone urbaine) et du niveau d’instruction. Les méthodes de courte durée d’action sont les plus utilisées (6% pour la contraception orale, 2% pour l’injectable). Les besoins non satisfaits sont de l’ordre de 16%.
- ✓ Le taux **d’accouchement assisté par un personnel qualifié** à 39,7% (Evaluation des OMD 2015) reste encore faible. Ceci laisse penser qu’un certain nombre de goulots existent dans l’accessibilité et l’utilisation des services notamment : (i) la couverture sanitaire évaluée à 47,80% ; (ii). La disponibilité des ressources humaines qualifiées ; (iii). L’accueil des patients dans les formations sanitaires en général et des femmes en particulier ; (iv). la qualité des soins qui n’est pas toujours garantis dans les formations sanitaires. Ces facteurs atténuent les effets bénéfiques de la gratuité des services de santé maternelle (césarienne, CPN, PF, ...). Les besoins en **Soins Obstétricaux Néonataux d’Urgence de Base (SONUB)** sont couverts à **20,27% en 2014**. Malgré la formation de la majorité des agents sur la prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum, l’impact des interventions reste limité.
- ✓ Il faut noter l’absence de corrélation entre la couverture en CPN et le taux d’accouchement assisté par un personnel qualifié.
- ✓ **La consultation post-natale** : La plupart des décès maternels et néonataux se produisent dans les 48 heures qui suivent l’accouchement. Seulement 33 % des femmes ont reçu des soins postnatals moins de 24 heures après l’accouchement et 4 % entre un et deux jours après. Il faut noter l’écart entre la proportion de consultation prénatale (83%), le taux d’accouchement assisté (39,7%) et celui de la CPoN (33%).
- ✓ Dans le cadre de l’amélioration de la santé maternelle, le MSP a institué la **Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR)** au niveau institutionnel et communautaire et a rendu obligatoire la notification et l’audit des décès maternels à tous les niveaux. . Des progrès significatifs ont été réalisés depuis l’introduction de cette stratégie (31% des décès notifiés en 2014)¹³ . Les revues des décès maternels confirment la précocité des décès maternels, et l’anémie comme première cause de ces décès¹³. Les déterminants de

¹³ Etat des lieux de la surveillance des décès maternels, les revues et la riposte Février 2015

ces décès, en particulier chez les adolescentes et les jeunes, sont aussi socio culturels et sanitaires :

- Les 3 retards sont corrélés, entre autres, par la faible connaissance des signes de danger de la grossesse, mais aussi le faible pouvoir de décision des femmes en matière de santé, ce qui aggrave d'autant plus le retard de recours aux soins .
- la forte valorisation de la fécondité chez la femme dans la société nigérienne ; celle-ci doit « faire ses preuves » en donnant vie à un enfant dès après son mariage¹⁴.
- le mariage précoce comme la fécondité, est également valorisé dans la société nigérienne.¹⁵ L'âge médian de la 1ère union des femmes est estimé à 15,7 ans (15,5 dans le quintile de bien être le plus bas, et 17,4 dans le plus élevé) (EDSN MICS IV 2012).
- L'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme), qui reste encore très élevé. Il est de 7,6 (EDSN MICS IV 2012),

La mortalité maternelle étant liée au niveau d'instruction, à l'autonomisation de la fille et de la femme, l'état des routes, la disponibilité de moyens de transport etc et aux déterminants cités plus haut, son contrôle demeure multisectoriel et multifactoriel La santé maternelle est aussi marquée par un certain nombre d'handicaps dont la Fistule Génitale Féminine. Le Niger manque de données valides sur l'incidence et la prévalence des Fistules Génitales Féminines et le nombre de femmes qui ont accès au traitement. Toutefois selon les estimations des chercheurs de l'Université John Hopkins, l'incidence de la Fistules Génitales Féminines est estimée entre 700 à 756 nouveaux cas par an, La fistule est plus fréquente chez les primipares. La majorité des patientes sont jeunes, indigentes, provenant des zones rurales reculées où les infrastructures sanitaires et les moyens de communication sont insuffisants et mal adaptés. Un Centre National de Référence des Fistules Obstétricales (CNRFO) est opérationnel depuis 2013 à Niamey.

Une stratégie nationale d'élimination de la Fistule Génitale Féminine a été élaborée pour la période 2009-2015 et révisée pour la période 2016-2020.

2.1.1.2 SANTE DE L'ENFANT

La mortalité infanto-juvénile a connu une diminution significative depuis plusieurs décennies au Niger. Elle est ainsi passée de 318‰ en 1992, à 198‰ en 2006, et à 126‰ en 2015¹⁶. Le niveau attendu de cet indicateur dans le PDS 2011-2015 était de 114‰, alors que la cible pour atteindre l'OMD 4 était de 106‰.

¹⁴ Entretiens approfondis avec les responsables de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) du Ministère de la Santé Publique du Niger, le 16/02/16.

¹⁵ République du Niger/MSP/DSME. *Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention des Grossesses des Adolescentes au Niger 2015-2019*.

¹⁶ République du Niger/MEF/INS/Étude Nationale d'Évaluation des Indicateurs Socioéconomiques et Démographiques (ENISED). Février 2016

Le Niger a élaboré un document de Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant (SSE), 2009-2012 afin de mettre en œuvre des interventions dans un cadre multisectoriel et concerté qui puisse concourir à une synergie d'action visant à accélérer l'atteinte de l'ODD 4 à l'horizon 2015. Une évaluation de la SSE a été conduite en 2015, dont l'un des objectifs était d'apprécier le niveau de mise en œuvre, les effets et impacts des interventions programmées à tous les niveaux du système de santé, de la communauté, à toutes les étapes de l'opérationnalisation de la stratégie et de la mise à l'échelle;

Concernant la Prise En Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), 100% des formations sanitaires la mettent en œuvre dans son volet clinique et communautaire (CSI et cases de santé) La PCIME de référence ou Tri Evaluation et Traitement des Urgences (TETU) est menée dans 32 sites sur les 61 hôpitaux de référence que compte le pays, soit 52%.

Un accent particulier est actuellement mis sur le niveau communautaire (niveau ménage) pour la prise en charge des trois (3) maladies les plus tueuses d'enfants (diarrhées-pneumonie-paludisme) et sur la prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né dont 11,44% des cases de santé sont couvertes en fin 2015.

Selon le rapport mondial 2015 de l'ONU sur les ODD, « le taux annuel de réduction de la mortalité des moins de cinq (5) ans s'est accéléré depuis 1995 dans les pays de tout niveau de revenu dont le Niger ». Toutefois, selon l'Interagency group for childmortality estimate BM UNICEF OMS UNFPA) en 2015¹⁷ les statistiques mondiales sur les mortalités, le médian de mortalité infanto-juvénile au Niger en 2015 est de 90,5‰, avec des niveaux extrêmes de 70,5‰ et 128,3‰. Selon le rapport 2015 de la Commission Economique pour l'Afrique, « le Niger fait partie des pays qui ont réduit leur TMM 5 d'au moins 60 %, ou sont sur le point d'atteindre la cible des deux tiers de réduction du TMM 5.

Cette situation a valu au Niger d'être classé parmi les trois premiers pays ayant fait des efforts significatifs de réduction de la mortalité infanto-juvéniles lors de l'évaluation finale des ODD en 2015.

Les efforts de prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans , l'amélioration à l'accessibilité des enfants aux soins grâce à l'initiative de la gratuité des soins, à la promotion des cases de santé et les campagnes de vaccination intégrées à la distribution des MILDA, de la vitamine A ont été des facteurs qui ont permis cette réduction significative selon l'enquête survie de l'enfant en 2012 parue dans le Lancet de septembre 2012 –N° 380 (6 % de réduction par an pour la mortalité infanto juvénile et 4.5 % pour la néonatale entre 2006 et 2012).

La mortalité néonatale qui est également en baisse dans le pays en développement (de 38‰ à 24‰ entre 2006 et 2012) selon la même enquête EDSN MICS IV 2012, mais de façon plus lente que le taux de mortalité infanto-juvénile. De ce fait la mortalité néo natale limite la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Au plan nutritionnel, on observe chez les enfants de moins de 5 ans la persistance depuis plus d'une décennie une situation critique, avec des prévalences de malnutrition aiguë supérieures au seuil d'intervention de 10% et au seuil d'urgence de 15% pour certaines années. La malnutrition

¹⁷ République du Niger/MEF/INS/Étude Nationale d'Évaluation des Indicateurs Socioéconomiques et Démographiques (ENISED). Février 2016

chronique ou retard de croissance a été toujours en situation d'urgence depuis 2005 (supérieure au seuil de 40% fixé par l'OMS). La malnutrition est fréquente dans toutes les régions du pays notamment à Zinder et Maradi, avec des prévalences élevées aussi bien pour les formes chroniques que pour les formes aiguës (respectivement de 14,8% et 15,7 % en 2014 pour la Malnutrition Aigüe Globale; 48,3% et 55,9% pour la malnutrition chronique). La proportion des enfants de 6 à 23 mois atteints d'insuffisance pondérale représentait 22,9 % en 2014. Selon l'EDSN MICS IV 2012, l'anémie touche 73% des enfants, les régions les plus touchées étant Diffa (87,9%) et Niamey (78,5).

La pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) au cours des 6 premiers mois de la vie était de 23% en 2012 (beaucoup de pratiques traditionnelles ne sont pas en faveur de cet AME, mais aussi de l'ANJE)¹⁸. La persistance des problèmes nutritionnels pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la mise en œuvre des interventions de nutrition dans un cadre multisectoriel consolidé. Néanmoins, la qualité du système de prise en charge de la malnutrition a significativement contribué à la réduction de la mortalité infanto-juvénile au Niger, vu l'impact connu de celle-ci sur la santé de l'enfant¹⁹.

Face à cette situation, le Niger a opté pour une prise en charge globale des problèmes de nutrition, dans le cadre d'une Politique Nationale de Nutrition 2012-2021, ciblant toutes les principales catégories de personnes les plus touchées par la malnutrition (Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes, Enfants de moins de cinq ans) sous toutes ses formes (sous nutrition, anémies, carences en micronutriments, surnutrition). Le pays vient d'adopter dans un cadre multisectoriel, une Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle pour la période 2016-2025. Elle a pour but de lui permettre d'atteindre certains Objectifs de Développement Durable (ODD) en particulier l'ODD 2 : éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture.

S'agissant de la vaccination, l'enquête "Evaluation post campagne rougeole et routine-Niger", réalisée en janvier 2013 montre que près de la moitié des enfants (46,1%) ont reçu toutes les doses requises avant l'âge de 1 an selon les couvertures brutes par carte et l'histoire. Le taux de possession de document de vaccination est de 69,8%. Le taux d'abandon entre la première et la troisième dose du vaccin pentavalent est de 10,9%. La proportion de doses invalidées est élevée pour tous les antigènes et se situe au-delà de 37%. L'occupation des parents représente la cause principale de non vaccination des enfants (60%). La comparaison des résultats des EDSN 2006 et 2012 montre que la couverture vaccinale a connu une amélioration importante, la proportion d'enfants complètement vaccinés étant passée de 29 % à 52 %. Toutefois, les données de routine de 2010-2014 montrent une régression de la couverture vaccinale administrative des différents antigènes ne permettant pas ainsi d'atteindre les objectifs fixés de 95% au niveau national, pour une réduction significative des maladies ciblées par le PEV au Niger.

Par rapport à l'Équité de la vaccination, selon l'EDSN MICS IV 2012, on ne constate pas d'écart selon le sexe de l'enfant. Mais par contre la proportion d'enfants vaccinés diminue avec l'augmentation du rang de naissance. Cette proportion est de 60 % pour le rang 1 contre 48 % pour le rang 6 et plus. L'analyse selon le milieu et la région de résidence montre des disparités importantes. En effet, si en milieu urbain, 69 % des enfants sont complètement protégés contre

¹⁸ Enquête Démographique et de Santé 2012.

¹⁹ Agbessi A, Oumarou H, Bensaïd K. *Reduction in child mortality in Niger: a countdown to 2015 country case study*. [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)61376.2), Published online September 20, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)61376.2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)61376.2)

les maladies cible du PEV, cette proportion n'est que de 49 % en milieu rural. Dans les régions, on constate que c'est dans celles de Diffa et de Zinder que la proportion d'enfants complètement vaccinés est la plus faible (respectivement 42 % et 41 %) et dans celles de Niamey et d'Agadez qu'elle est, en revanche, la plus élevée (respectivement 73 % et 66 %).

Concernant la disponibilité des antigènes (Taux de rupture 0), le pays a connu en 2012, 2013 et 2014 des périodes de rupture pour certains antigènes traditionnels tels que le vaccin contre la tuberculose (BCG).

Pour permettre l'accessibilité et l'utilisation des services de qualité, un lot important d'appareils de chaîne de froids a été acquis en 2015. Malgré tous ces efforts, les besoins en matériel de chaîne de froid demeurent.

En outre, le transport des vaccins dans des bonnes conditions du niveau central vers les régions connaît des difficultés à cause des pannes fréquentes des véhicules frigorifiques.

En matière de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, le Niger met en œuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour l'élimination du Tétanos Néonatal (TNN). Depuis mars 2016, le TNN a été considéré comme éliminé au Niger.

La surveillance des maladies cibles du PEV se fait d'une façon intégrée par la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies (DSRE). Cependant, selon la revue du PEV 2015, le système de surveillance connaît des insuffisances dont les principales sont :

- la faible performance du système de surveillance des maladies ;
- la faiblesse des ressources financières et matérielles allouées à la surveillance ;
- l'insuffisance de la surveillance à base communautaire ;
- l'insuffisance de la recherche active des cas de maladies ;
- la léthargie des sites sentinelles et des comités de gestion des épidémies (COGEPI) ;
- l'insuffisance quantitative, qualitative et la mauvaise répartition du personnel ;
- l'insuffisance de formation des agents en SIMR.

2.1.2. SANTE SEXUELLE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Le Niger est un pays ayant une population jeune, (51,6% de la population a moins de 15 ans) RGPH 2012 selon le dernier recensement (RGPH 2012), 77% des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 18 ans. L'âge de la première union des femmes qui est de 15,7 ans et des premiers rapports sexuels 15,9 ans (l'EDSN MICS IV 2012) témoignent de l'importance de la place que la SR doit occuper parmi les priorités de santé publique. Les données du 4^{ème} recensement général de la population (RGPH-2012) rapportent 10 236 naissances vivantes chez les adolescentes de 12 à 14 ans, ce qui donne une moyenne de 28 naissances vivantes qui surviennent chaque jour chez ces dernières au Niger.

Le nombre d'enfants souhaité par les femmes adolescentes (15-19 ans) reste encore élevé (soit 8,1). Pour celles qui sont en union, le désir d'enfants n'est pas seulement personnel, mais un besoin de conformité avec le milieu social (EDSN MICS IV 2012). Ceci justifie pourquoi leurs premières grossesses interviennent dans les mois qui suivent le mariage. Selon la même source, le pourcentage de naissances qui surviennent chez les adolescentes dans un intervalle inter-génésique inférieur à deux ans est plus élevé (36%).

Le taux de fécondité des adolescentes est le plus élevé dans le monde (206 ‰ selon EDSN MICS IV 2012). A cette forte fécondité (les adolescentes contribuent à 14% de la fécondité globale au Niger) s'ajoute une forte mortalité maternelle chez les adolescentes, illustrée par les

données de mortalité maternelle rapportées par les services de santé en 2014. Ainsi 34,4% des décès enregistrés dans les maternités des services de santé publique surviennent chez des adolescentes de 15-19 ans suite à des complications obstétricales. Les indicateurs de la Santé Sexuelle accusent les taux les plus alarmants en milieu rural.

En ce qui concerne les Mutilations Génitales Féminines (MGF), les chiffres actuels cachent la réalité. La pratique est présente au Niger. L'EDSN rapporte une prévalence de 2%, qui est restée stable depuis 1986 (EDSN MICS IV 2012) ; il existe des disparités tant ethniques que régionales dans cette pratique, la région de Tillabéri enregistre la plus forte prévalence (9%). Au plan législatif, une loi adoptée en 2003 interdit les MGF. Cependant il faut noter l'absence de stratégie nationale de prise en charge des MGF en dehors de celles faites par les ONG.

Face à cette situation, le gouvernement nigérien à travers le MSP a créé au sein de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, une Division spécialement dédiée à la Santé des Adolescents et des Jeunes. Par ailleurs, un programme adolescente, communément appelé Programme Illimin « le savoir pour la dignité » est mis en œuvre actuellement dans 4 régions du pays (Tillabéri, Niamey, Maradi et Zinder) et vise une couverture nationale pour un objectif de 250 000 adolescentes à atteindre en fin 2018. Le but du programme, est de contribuer au changement de comportements des filles et des communautés en matière de mariage des enfants et de grossesses précoces. En outre un plan stratégique multi sectoriel 2015-2020 portant sur la prévention des grossesses chez les adolescentes a été adopté par le gouvernement le 20 Avril 2016. Ce plan a pour objectif d'augmenter la prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes de 5,9% à 15% en 2020 et de réduire le pourcentage de mariage des adolescentes de 77 % à 60% en 2020.

2.1.3. SITUATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Cette partie fait le point sur la morbidité et la mortalité des maladies transmissibles au Niger, ainsi que sur les politiques et stratégies qui sont mises en œuvre pour le contrôle de ces problèmes.

2.1.3.1. PALUDISME

Selon les annuaires statistiques (de 2011 à 2015), le Niger a enregistré au cours de ces cinq dernières années, une moyenne annuelle de 3 913 006 cas présumés de paludisme. De 2011 à 2015, la proportion des cas testés (par Goutte Épaisse ou test Diagnostic Rapide) est passée de 60% à 84%.et la confirmation biologique des cas de 55% à 67%.

Au vu de la situation épidémiologique, on note que le paludisme reste encore une priorité de santé publique au Niger. Il représente 27,92 % de la charge de morbidité enregistrée en 2015. L'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est reprise dans la figure suivante.

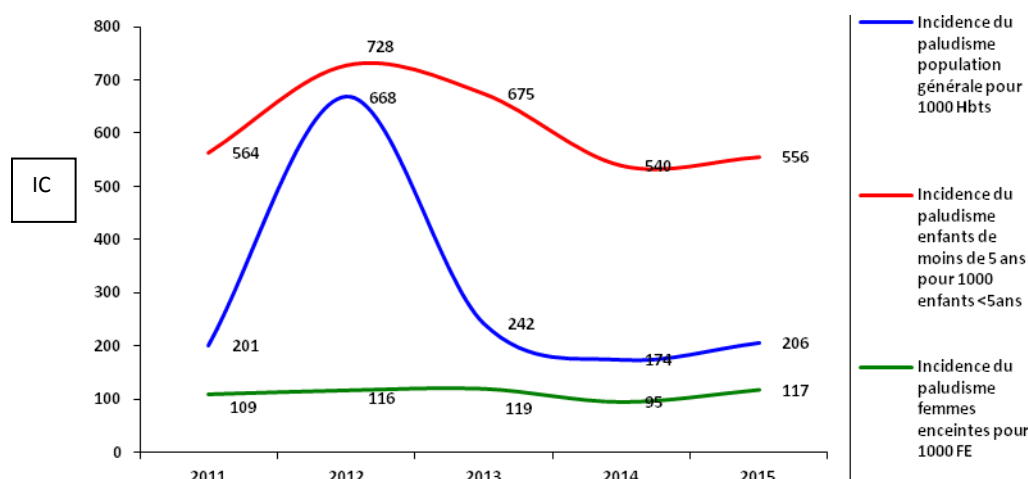


Figure 3: Evolution de l'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de 2011 à 2015 au Niger.

Malgré les multiples efforts consentis dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le taux d'incidence reste encore élevé. Cela pourrait être expliqué par une meilleure notification des cas de paludisme, l'exécution du programme d'IEC, la mise en œuvre de la prise en charge des cas de paludisme à domicile (PECADOM) et la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans.

En 2013, le taux de létalité globale lié au paludisme était de 0,05% ; il était de 5% chez la femme enceinte, et de 0,06% chez les enfants de moins de 5 ans. La létalité globale, ainsi que celle des enfants de moins de 5 ans ont connu une légère baisse entre 2011 et 2013, même si on observe une tendance à la hausse en 2015.

Tableau I : Evolution des cas et des décès liés au paludisme présumé par tranche d'âge 2011- 2015

Tranche d'âge	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
< à 2 mois	57 062	21	71 623	16	50 764	7	38 149	9	36435	13	254 033	66
2 -11 mois	483 847	267	652 339	311	630 434	184	473 750	241	488219	262	2 728 589	1265
1-4 ans	1 481 537	1814	2 106 643	2246	2 014 574	1494	1 975 196	1955	1653908	1337	9 231 858	8846
5-9 ans	323 537	314	475 434	396	440 262	249	330 843	326	456242	314	2 026 318	1599
10 - 24 ans	356 423	147	516 879	114	502 017	140	377 250	183	530325	196	2 282 894	780
25 ans et +	480 122	262	769 601	140	650 374	135	488 735	177	652505	100	3 041 337	814
Total	3 182 528	2 825	4 592 519	3 223	4 288 425	2 209	3 683 922	2891	3817634	2222	19565029	13370

[Source : annuaires statistiques 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015]

Il apparaît sur ce tableau que les enfants de moins de 5 ans portent environ plus de la moitié de la charge de la morbidité (62,43%) et environ 3/4 de celle de la mortalité liée au paludisme dans le pays (74,65%) de tous les décès dus au paludisme en 2014 et en 2015.

Depuis son adhésion à l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) en 1999, le Niger a élaboré trois (3) plans stratégiques de lutte contre le paludisme. Le plan stratégique de

troisième génération qui couvrait la période 2011-2015 avait comme objectif d'inverser les tendances de l'incidence du paludisme d'ici 2015, et commencer à arrêter sa transmission dans la perspective de son élimination en 2025.

Actuellement, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est dans le processus de revue de l'exécution de ce plan, en vue de l'élaboration d'un nouveau Plan Stratégique National 2017-2021. Malgré tous les efforts consentis notamment la distribution des moustiquaires (campagne de distribution gratuite, baisse des prix de moustiquaires sur le marché, distribution des kits femmes enceintes...), la Chimio Prévention du paludisme Saisonnier, le Traitement Préventif Intermittent et la prise en charge des cas qui ont permis la réduction du taux de létalité, le paludisme demeure un problème prioritaire de même que la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants.

2.1.3.2. VIH/Sida

Selon l'EDSN (2012), la séroprévalence nationale de l'infection à VIH dans la population de 15 à 49 ans était de 0,4% ; elle était de 0,8% en milieu urbain et 0,2% en milieu rural ; les femmes étaient plus touchées avec 1,1% en milieu urbain et 0,2% en milieu rural.

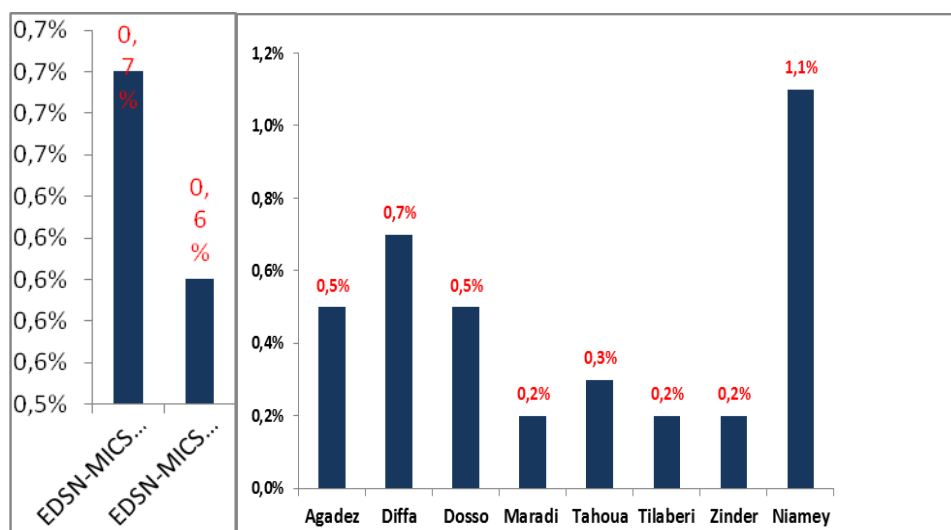


Figure 4: Evolution de la prévalence VIH-Sida entre 2006 et 2012 et sa distribution régionale (2012)

La séroprévalence varie d'une région à une autre : elle est de 1,1% à Niamey, 0,7% à Diffa, 0,5% à Agadez, et Dosso, 0,3% à Tahoua, 0,2% à Maradi, Tillabéri et Zinder.

L'enquête Nationale sur la Séroprévalence du VIH chez les tuberculeux réalisée en 2009 par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) montre une prévalence du VIH égale à 11%. L'enquête de surveillance de seconde génération réalisée en 2015 a révélé la séroprévalence suivante : Professionnelles de Sexe 16,2% ; populations carcérales 1,9%, homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) 17,2%. La surveillance sentinelle chez les femmes enceintes montre une évolution suivante : 1,7% en 2009, 0,91% en 2012 et 0,61% en 2014

Selon les estimations le taux de transmission de la mère à l'enfant (TME) du VIH a passé de 23,6% en à 29% en 2014 [source ULSS, par Spectrum, rapport GARP 2014,].

La couverture géographique nationale des sites PTME a passé de 7 sites en 2004 à 749 en 2013, 932 en 2014 et 941 en 2015 .Ces sites concernent aussi bien les formations sanitaires publiques que privées.

L'existence d'un cadre national de communication pour les IST/VIH/Sida, l'adoption d'une loi protégeant les personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH) ; leur prise en charge au niveau décentralisé dans certains CSI médicalisés ; et la gratuité des ARV constituent des avancées remarquables au Niger. En 2015, le nombre total de personnes sous ARV était de 12 887 pour un effectif estimé de 51 150 personnes suivies soit une couverture de 25.2% (GARP 2016, Données 2015)

En dépit des efforts enregistrés qui ont permis d'atteindre l'objectif visé qui est de stabiliser la pandémie et de la réduire, des insuffisances existent dans les actions de prévention et de prise en charge des cas des IST et du VIH/Sida. Ces insuffisances sont : un accès limité aux ARV, une faible couverture en PTME, des insuffisances dans la gestion des intrants VIH au niveau des formations sanitaires.

2.1.3.3. TUBERCULOSE (TB)

En 2014, 7455 nouveaux cas de tuberculose confirmés (soit 40,3 cas pour 100 000 habitants) et un total de 10 862 cas incidents (soit 59 cas pour 100 000 habitants) ont été notifiés. On observe de fortes variations de ces cas selon les régions.

Les régions où l'incidence de la tuberculose est la plus élevée sont Tahoua et Niamey (respectivement 178 et 88 cas pour 100.000 habitants) qui comptent environ 43% de tous les nouveaux cas dépistés en 2014, tandis que les régions comme Agadez et Diffa cumulées ne représentent que 7.5% des cas dépistés au niveau national. Ceci est valable tant pour les cas de tuberculose à microscopie positive que pour les autres formes.

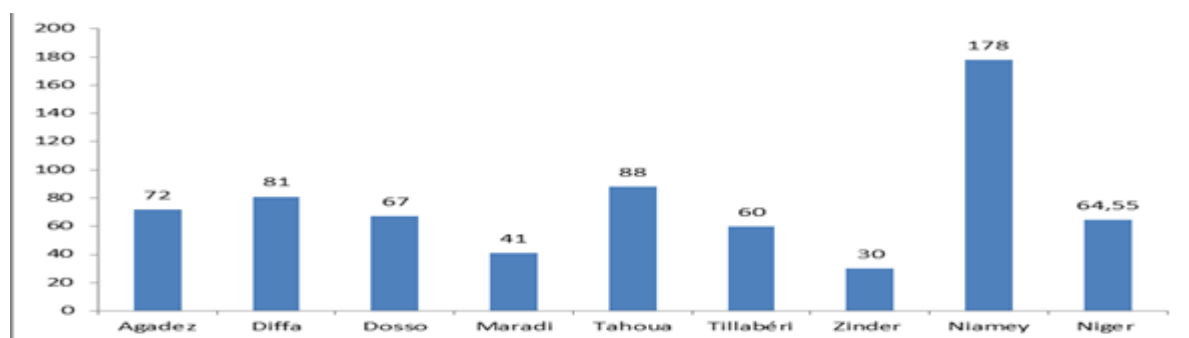


Figure 5: Taux de notification des cas TB toutes formes confondues dans les régions en 2014 (DSRE)

L'objectif visé par le pays est d'obtenir un taux de succès thérapeutique de 85%. Selon les annuaires statistiques, ce taux, après une légère baisse en 2006 est resté stationnaire autour de 80% avant de connaître un fléchissement en 2012 (75%), 2013 (77%) et 2014 (79%) [Rapport PNLT 2014]. La diminution des financements entre 2011 et 2013 (fin du round 5 du Fonds Mondial- FM) et les lenteurs liées aux décaissements du Round 10 ont également entraîné un ralentissement des activités entre Octobre 2013 et février 2014. Ceci montre clairement la

fragilité du programme du fait de sa dépendance vis-à-vis d'une source presque unique de financement, le FM.

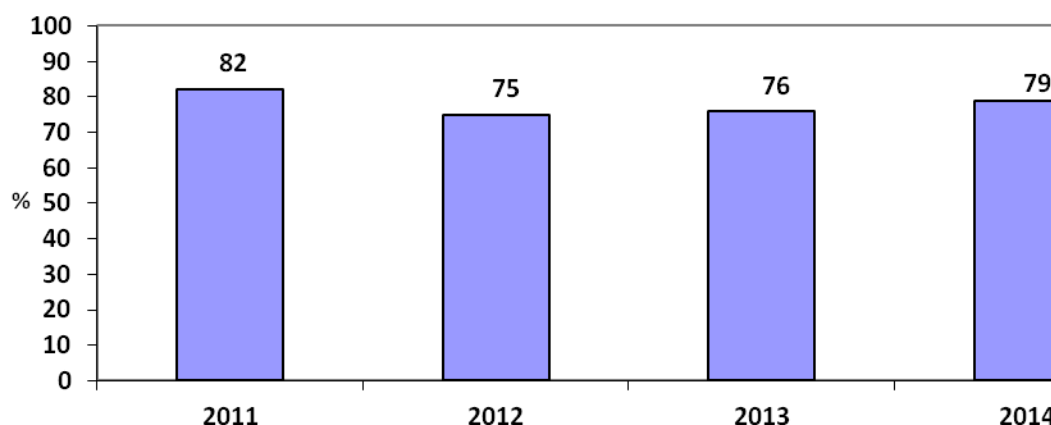


Figure 6: Evolution du taux de guérison/succès thérapeutique de la TBC de 2011 à 2014 (Annuaire statistique 2015).

La performance relativement bonne du taux de guérison s'explique par la disponibilité des médicaments, des réactifs et consommables de laboratoire, la gratuité du diagnostic et du traitement, un approvisionnement trimestriel régulier, sur la base des besoins en médicaments anti-TB exprimés par les Centres de Dépistage et de Traitement (CDT). Pour améliorer le taux de succès thérapeutique des cas pris en charge, un accent particulier a été mis sur le suivi des malades transférés et la recherche/relance des irréguliers, les réunions à tous les niveaux pour échanger sur des questions de lutte contre la TB et l'implication des organisations communautaires.

La Tuberculose figure en bonne place parmi les priorités du MSP. Depuis ces dernières années, la lutte contre la tuberculose a connu un regain d'intérêt grâce à l'appui de l'Etat et ses partenaires techniques et financiers. Cette lutte est organisée à travers le PNLT qui est chargé de la conception, de la coordination et de l'évaluation des stratégies en matière de lutte contre la tuberculose.

L'unité centrale du PNLT coordonne les interventions des partenaires, participe à la mobilisation de ressources pour la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte. Autour de cette unité centrale se trouvent des structures nationales de prise en charge et régionales de coordination avec un réseau de CDT pour les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les hôpitaux avec laboratoire, et de centres de traitement de la tuberculose (CT) pour les CSI sans laboratoire.

En 2014, on dénombrait 199 CDT, soit une moyenne de 1 CDT pour 92 973 habitants ce qui est conforme aux normes de l'OMS (1 CDT/100 000 habitants). Cependant on relève de fortes disparités entre les régions, en rapport avec la densité de la population et la superficie. Les efforts de l'Etat, conjugués à ceux des PTF (Round 10 TB) ont permis à la majorité des centres d'être équipés en matériels, réactifs et consommables pour le dépistage de la tuberculose.

2.1.3.4. HEPATITES VIRALES

Au Niger, la prévalence réelle des infections à hépatites virales n'est pas connue. Cependant, des études réalisées au sein de certains groupes de la population font état d'une prévalence variant entre 11% et 20% pour l'infection à hépatites B et de 1% à 3% pour l'infection à hépatite C (source : Rapport 2016 du MSP sur l'analyse de la situation des hépatites virales). Ce qui place le pays parmi les pays hyper endémique pour les hépatites B et C. Sur le plan institutionnel, la lutte contre ces maladies n'est pas encore organisée de façon systématique. Des interventions sont cependant conduites notamment dans les domaines de la surveillance, de la prévention et de la prise en charge.

2.1.4. MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN)

A partir de la liste des 17 MTN recommandée par l'OMS, le Niger a ciblé 10 MTN dans son plan directeur 2011 à 2015. Il s'agit de la bilharziose, la dracunculose, les filarioses lymphatiques, les géo helminthiases, la lèpre, l'onchocercose, le trachome, la trypanosomiase humaine, la leishmaniose et la rage.

Dans l'ensemble, les résultats les plus importants dans la lutte contre les MTN sont ceux enregistrés dans la lutte contre le Ver de Guinée et la Lèpre. La mise en œuvre du Programme National d'Élimination du Ver de Guinée (PNEVG) a permis depuis 1993, d'enregistrer des résultats probants. En effet, le Niger a abouti à la certification de l'éradication du ver de Guinée par l'OMS en décembre 2013. Des pays voisins tels que le Mali et le Tchad demeurent endémiques avec respectivement 5 cas et 9 cas en 1993 à zéro cas autochtone en 2009. Cependant, 2 cas importés du Ghana et du Mali ont été enregistrés. Le Niger a donc réussi à interrompre la transmission du Ver de Guinée depuis 2009 mais la surveillance doit être renforcée.

Des efforts sont aussi notés en ce qui concerne le trachome où sur un total de 42 anciens districts sanitaires, 7 districts n'ont jamais été endémiques. Sur les 35 districts endémiques 21 ont arrêté le traitement suite aux évaluations d'impact, 7 conduiront des enquêtes d'impact et 7 poursuivront le traitement de masse en 2016. De même, sur un total de 31 districts sanitaires qui étaient endémiques à la Filariose Lymphatique, 8 ont arrêté le traitement et n'ont plus besoin de TDM. La situation épidémiologique de la THA a été évaluée en 2014 et la situation est calme car il n'y a aucun foyer actif.

Concernant la bilharziose et les géo helminthes, tous les DS endémiques continuent le TDM.

Trois programmes phares sont exécutés dans le cadre de la chimio prévention, avec des campagnes de distribution intégrées. Il s'agit du Programme National de Lutte contre la Bilharziose et les Géohelminthes, du Programme National de Santé Oculaire volet trachome logé dans les MTN, et du Programme National de dévotion de l'Onchocercose et d'Élimination de la Filariose Lymphatique.

En ce qui concerne la lèpre, le Niger a atteint en 2002 l'objectif de son élimination en tant que problème de santé publique (moins de 1 cas pour 10 000 habitants). La prévalence de la lèpre est ainsi passée de 6308 malades en traitement en 1993 à 1026 malades en traitement au 31 décembre 2002 (soit 0,85 cas pour 10 000 habitants). Le pays a consolidé ces résultats

épidémiologiques jusqu'en 2014 avec une diminution de la détection des cas qui a subi une stabilisation ces dernières années. La prévalence en fin d'année 2014 est ainsi réduite à 346 cas soit 0,19 cas pour 10 000 habitants. De 2002 à 2014, les taux de guérison sont passés de 58,84 % à 91,25% des cas pour les formes multi-bacillaires, et de 94,40% à 98,78% des cas pour les formes pauci-bacillaires. Ainsi, dès 2003, le seuil d'élimination a été obtenu dans l'ensemble des 8 Régions et a été consolidé pour la 11^{ème} année consécutive (de 2003 à 2014). Tous les Districts sanitaires du Pays ont éliminé la lèpre et consolidé les résultats épidémiologiques.

2.1.5. SITUATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles sont d'ampleur croissante au Niger, à l'instar des pays en développement ; elles sont graves par leur chronicité et leur coût, qui en font une menace pour le développement durable. Les maladies non transmissibles concernent principalement le diabète, les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, athérosclérose, Accidents Vasculaires Cérébraux etc.) les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les traumatismes (accidents de la voie publique, accidents du travail etc.) et les maladies mentales.

Ces affections sont déterminées par 4 principaux grands facteurs : le tabagisme, la sédentarité, l'alcoolisme et la mauvaise alimentation : trop riche en calories, sucres et graisses, pauvre en résidus alimentaires.

Un Programme National de Lutte contre les Maladies non Transmissibles existe et coordonne particulièrement la lutte contre les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques (MRC) et les Incapacités Motrices Chroniques (IMC). De même, il existe un Programme de lutte contre les maladies mentales dénommé Programme National de Santé Mentale (PNSM).

Au Niger, l'intérêt porté aux problèmes de santé mentale a toujours été insuffisant du fait que la situation épidémiologique est dominée par les maladies infectieuses et parasitaires ou de malnutrition.

Malgré les efforts déployés, les soins en santé mentale ne répondent pas aux besoins des populations faute de ressources financières, matérielles et humaines. Néanmoins, un Plan stratégique de santé mentale (2017-2021) a été élaboré en 2015 pour pallier ces insuffisances.

La dernière enquête STEPS réalisée en 2007 rapportait les prévalences suivantes : (i) hypertension artérielle 21,2 %; diabète 4,3 %; surcharge pondérale 25,6 %; obésité 3,8 % et fumeurs de tabac 4,9 %. L'enquête montrait également que plus de 22 % de la population adulte âgée de 25 à 44 ans possédait 3 facteurs de risque ou plus des maladies non transmissibles²⁰.

Face à cette situation, des campagnes de dépistage de masse ont été conduites, des algorithmes et deux guides sur l'alimentation des patients atteints d'HTA et de diabète ont été élaborés. En outre, un Plan National intégré de lutte contre les Maladies Non Transmissibles et les Facteurs de

²⁰ République du Niger, MSP/DGS/DGLME. *Mesure des Facteurs de Risque des maladies non transmissibles au Niger (Approche Steps Wise de l'OMS)*. OMS/OOAS, 2008

Risque (2012-2016) a été élaboré, accompagné d'un plan de communication couvrant la même période, des spots audio visuels sur les MNT ont été réalisés et diffusés en 2014 et 2015 et dans le cadre de la prise en charge des hémoglobinopathies, un Centre National de Référence de la Drépanocytose a vu le jour en 2009.

Au plan législatif et réglementaire, les principales actions suivantes ont été menées au Niger: (i) ratification de la convention cadre de l'OMS contre le Tabac en 2005, (ii) adoption par l'Assemblée Nationale de la loi N°2006-12 du 15 mai 2006 relative à la lutte antitabac ; (iii) adoption par l'Assemblée Nationale de la loi N° 2011-16 du 08 août 2011, portant création d'un Etablissement public à caractère administratif dénommé « Centre National de Lutte contre le Cancer » , l'arrêté N° 000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012 portant création, organisation et attributions du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT).

2.1.6. GESTION DES EPIDEMIES ET URGENCES DE SANTE PUBLIQUE

Le Niger fait régulièrement face à plusieurs urgences sanitaires ayant un impact négatif sur la santé des populations. Parmi ces urgences nous pouvons citer les maladies à potentiel épidémique (la méningite, le choléra, la rougeole et le paludisme entre autres), les crises alimentaires et nutritionnelles, les violences sexuelles et leurs conséquences. Ces urgences résultent, des inondations, des sécheresses ainsi que des conflits/guerres entre autres.

Pour les maladies à potentiel épidémique, la principale maladie est le choléra qui sévit à l'état endémo-épidémique depuis 1971 au Niger avec des flambées épidémiques pendant la saison pluvieuse. On estime par ailleurs à 27 le nombre de districts sanitaires qui sont à risque de choléra. Ce sont les districts riverains du fleuve Niger à l'ouest, de la Maggia au centre ouest, du Goulbi à Maradi et du Lac Tchad à l'extrême est du Pays.

Concernant la méningite, à l'instar des autres pays de la "ceinture africaine de la méningite"²¹, le Niger est régulièrement confronté aux épidémies de méningites à méningocoques. Ces épidémies étaient causées généralement par *Neisseria meningitidis* (N.m.) A, qui a quasiment disparu du pays suite à la vaccination de masse effectuée en 2010 et 2011 avec le vaccin conjugué anti-méningococcique du sérotype «A» (MenAfriVac®). De février à juin 2015 et après cinq ans d'accalmie, le Niger a connu une épidémie de méningite, due principalement au N.m. C, Le pays a notifié 8.500 cas dont 573 décès (soit une létalité de 6,7%). L'épidémie a été déclarée dans 13 districts sanitaires sur les 44 que comptait le pays.

En rapport avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) à laquelle l'Afrique de l'Ouest est confrontée depuis le début de 2014, qui est la plus longue, la plus complexe et la plus étendue de l'histoire et qui a été déclarée "urgence de santé publique de portée internationale", le pays n'a pas notifié de cas. Cependant, il faut noter que, le Niger partage ses frontières avec 7 pays dont deux le Mali et le Nigeria ont notifié les cas de MVE au cours de l'année 2014 qui ont été fort heureusement bien contrôlés. L'immensité du pays avec de longues frontières terrestres très poreuses associée à l'intensité des échanges socio-économiques et culturels par voies terrestre, fluviale et aériennes, constituent un grand défi en matière de surveillance épidémiologique, de contrôle et de sécurité

²¹La "ceinture africaine de la méningite" s'étend sur 26 pays, d'Est en Ouest de la mer Rouge à l'Atlantique, de l'Éthiopie au Sénégal.

sanitaire.

Suite à l'insécurité qui règne dans les trois Etats fédéraux du Nord du Nigeria (Borno, Yobe, Adamawa) depuis mai 2013, plusieurs milliers de personnes ont fui vers la région voisine de Diffa dans le Sud Est du Niger. Par ailleurs, dans la même région de Diffa règne également une insécurité suite aux nombreuses attaques terroristes ayant entraîné le déplacement de cette population à l'interne. Au 31 décembre 2015, selon les chiffres fournis par l'UNHCR, les populations déplacées suite à cette insécurité et qui sont hébergées dans la région de Diffa sont au nombre de 275 321 personnes. Face à cette situation le Gouvernement du Niger a lancé, un plan d'urgence de 90 millions de dollars US dont 3 millions de dollars US pour le secteur de la santé.

En 2012, les Ministres de la Santé de la Région Africaine de l'OMS, ont adopté, lors du Comité Régional tenu à Luanda, "la stratégie régionale sur la gestion des risques de catastrophe pour le secteur de la santé". Il est important que le Niger débute la mise en œuvre de cette stratégie pour être en conformité avec les cibles établies.

Pour faire face à ces urgences de santé publique, le Ministère de la Santé publique a mis en place des structures et mécanismes, de prévention, de prise en charge, de surveillance et de contrôle de ces fléaux au niveau central, régional et départemental dont la fonctionnalité reste malheureusement limitée. Des mécanismes de concertation ont été mis en place avec les pays limitrophes pour faire face aux problèmes de santé transfrontaliers. Les questions de santé sont également discutées lors des commissions mixtes de coopération. Aussi, le Règlement Sanitaire International (RSI) qui est une disposition de l'OMS pour la préparation des pays aux urgences de santé connaît des difficultés réelles de mise en œuvre. L'insuffisance de financement destiné à ces opérations a été un facteur limitant pour leurs mises en œuvre.

2.1.7. DETERMINANTS DE LA SANTE

Un bon état de santé est une condition essentielle pour le développement social et économique et la promotion d'une meilleure qualité de vie. En effet, les conditions fondamentales et les éléments constitutifs de la santé d'un individu ou d'une communauté sont en grande partie liés aux facteurs sociaux, économiques et environnementaux tels que la paix sociale, les conditions de vie, l'éducation, l'alimentation, l'environnement, la justice sociale et l'égalité des chances ainsi qu'à l'accès à des soins médicaux suffisants et de qualité.

En plus des facteurs personnels comme les prédispositions génétiques de chaque individu dès sa naissance, les conditions sociales, économiques et environnementales ont une influence directe ou indirecte sur la santé et sur les comportements favorables ou défavorables à celle-ci. Ces comportements sont souvent influencés par des facteurs provenant de politiques autres que la politique de santé à proprement parler. Par exemple, un comportement favorable à la santé dépend dans une large mesure du niveau d'éducation et de l'environnement social.

Pays en situation de pré transition épidémiologique et nutritionnelle, le Niger connaît une situation sanitaire essentiellement déterminée par une combinaison des facteurs tels que la mauvaise hygiène du milieu, l'insuffisance d'eau potable (69,1% de la population en milieu rural en 2012 selon Niger en chiffres 2014/INS) et du dispositif d'assainissement (seulement 9 % des

ménages disposent de toilettes améliorées et non partagées), le faible taux d’alphabétisation (28,1% en 2014), les conséquences du changement climatique avec une forte influence sur la santé, la malnutrition aigue récurrente avec une prévalence de 15% en 2015, les inégalités sociales et économiques de plus en plus croissantes avec près de la moitié (45,1%) de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté selon l’ECVMA 2014 de l’INS.

Comme dans la plupart des pays en développement, au Niger les actions sur les déterminants sociaux de la santé restent très timides. Cette situation est due à une très faible prise en compte de ces déterminants dans les politiques et stratégies de développement sanitaire jusque-là mises en œuvre par le gouvernement. Or, il est bien admis que la santé est produite à environ 90% en dehors du système de santéⁱ d’où la très forte influence des déterminants sociaux dans la production et l’amélioration de la santé. Pour mieux appréhender la question des déterminants de la santé, le MSP a élaboré en 2013, la Stratégie nationale de promotion de la santé et en 2014 la stratégie nationale de la multisectorialité en santé 2014-2020 qui mettent toutes en exergue la nécessité non seulement d’intégrer ces déterminants dans toutes les actions de santé, mais aussi d’agir sur eux afin d’améliorer davantage la santé de la population. Il s’agit également de faire en sorte que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques de développement économique et social du pays, ce qui nécessite une plus grande collaboration intersectorielle.

2.1.8. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

L’organisation et le fonctionnement du système de santé au Niger est basé sur les principes des Soins de Santé Primaires (SSP)²² définis lors de la conférence de Alma Ata en 1978²³, et renforcés par plusieurs engagements internationaux et régionaux auxquels le Niger a souscrit telles que la « Déclaration sur le scénario de développement sanitaire en trois (3) phases²⁴, la Déclaration sur l’Initiative de Bamako »²⁵ et la « Déclaration de Ouagadougou sur la relance des SSP²⁶ ».

Le système de santé du Niger comprend trois niveaux. Le niveau périphérique des soins qui est celui des districts sanitaires (DS) a la responsabilité de l’encadrement de trois types de formations sanitaires : l’Hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé.

Les DS qui étaient au nombre de 42 sont passés à 72 (conformément à l’Arrêté ministériel N°0430/MSP/SG du 23 décembre 2014 modifiant et complétant l’Arrêté N° 069/MSP/SG du 03 juin 1996 portant création, organisation et attribution du District Sanitaire).

Cette augmentation du nombre de DS fait suite à la création de nouveaux départements dans le cadre du découpage administratif d’une part mais aussi pour améliorer les performances du système de santé à la base, d’autre part.

²² OMS/Représentation du Niger. *Mise en œuvre de la politique des Soins de Santé Primaires au Niger*, Août 2007.

²³ OMS- Déclaration d’Alma Ata, 1978

²⁴ Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique. *Accélérer l’instauration de la santé pour tous les africains. Le scénario de développement sanitaire en 3 phases*. Brazzaville, 1989

²⁵ OMS-UNICEF. *Initiative de Bamako*,

²⁶ Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique. *Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire*. Avril 2008.

En 2015, sur les 42 anciens DS, seuls 33 disposent d'un HD dont 28 avec bloc opératoire parmi lesquels 26 fonctionnels. Les blocs opératoires non fonctionnels sont Mirriah et N'Guigmi. Le tableau ci-dessous dresse la situation de l'offre de service en termes de DS, de blocs fonctionnels, et de CSI, en septembre 2015²⁷.

Tableau II : Répartition des DS, HD, CSI et Cases de santé par région selon l'annuaire statistique 2015

Régions	Populations	Nombre de DS	Nombre des CSI Type I	Nombre des CSI Type II	Nombre des DS avec blocs fonctionnels	Nombre de Cases de Santé
Agadez	524 689	7	46	21	1	141
Diffa	652 855	6	44	7	1	136
Dosso	2 149 736	8	96	30	3	395
Maradi	3 660 720	9	90	54	6	465
Niamey	1 096 230	5	26	24	1	8
Tahoua	3 652 136	13	113	39	5	435
Tillabéri	2 900 725	13	140	44	5	429
Zinder	3 891 664	11	95	44	4	507
National	18 528 755	72	650	263	26	2516

Il faut noter que trois nouveaux blocs opératoires seront bientôt fonctionnels au niveau des HD de Tchintabaraden, Abalak et Arlit et le démarrage des chantiers de ceux de Gotheye et Damagaram Takeya.

La médicalisation des CSI est en cours afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au niveau opérationnel. Mais il faut noter que ce processus a été lancé sans mettre en place les mesures d'accompagnement nécessaires telles que le plateau technique indispensable à une prise en charge médicale correcte, et les incitatifs nécessaires au maintien des médecins en milieu rural. Selon une enquête nationale qui a été réalisée en 2014, sur les 280 médecins recrutés récemment, seuls 180 étaient encore à leurs postes dont 119 à Niamey.

Au niveau régional, on trouve les centres de référence qui sont

- Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sauf dans les Régions de Zinder et de Tillabéry ;
- Des Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) Ces 2 types de structures n'arrivent pas à assurer pleinement leurs missions du fait de l'insuffisance des ressources financières et la non disponibilité des ressources humaines notamment le personnel spécialisé.

Au niveau national, on trouve l'Hôpital Général de Référence qui sera bientôt fonctionnel, les Hôpitaux Nationaux (HN) de Niamey, Lamordé et Zinder, ainsi que la Maternité ISSAKA GAZOBI, et les Centres Nationaux de Référence. Les centres Nationaux de Référence assurent la prise en charge spécifique de certaines pathologies comme la tuberculose, les IST/VIH, la drépanocytose, la lèpre, la fistule génitale féminine etc. Ces Centres assurent également des

²⁷ République du Niger/MSP. Moisson Revue Annuelle des Programmes, Octobre 2015

activités promotionnelles comme la santé de la reproduction ou des prestations comme l'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). La plupart de ces centres sont confrontés à des problèmes de fonctionnement liés à leur statut et à l'insuffisance de la subvention accordée par l'Etat.

2.1.8.1. ANALYSE DES COMPOSANTES DU SYSTEME DE SANTE (PILIER)

2.1.8.1.1 GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

Le Niger a fourni d'importants efforts pour améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. C'est dans ce cadre qu'une Inspection Générale de la Santé a été mise en place. Dans le but de renforcer la gouvernance, un audit institutionnel a été commandité par le MSP en 2015. Cet audit a identifié un certain nombre d'insuffisances qui portent sur les aspects suivants : la planification sectorielle, la décentralisation et la déconcentration, le dialogue politique et la coordination sectorielle, l'inspection, le contrôle et la redevabilité, la mise en œuvre des réformes et le partenariat.

▪ La Planification sectorielle

Le secteur de la santé du Niger a réussi à mettre en place une véritable culture de planification ces dernières années. Cependant, certaines préoccupations demeurent. Il s'agit :

- ✓ **Du cycle de planification stratégique qui est court (5 ans).** Ce cycle ne laisse pas suffisamment de temps pour la mise en œuvre des activités. La planification elle-même prend 6 à 12 mois, l'évaluation à mi-parcours qui intervient au début de la troisième année donne ses résultats en moyenne 6 mois après, de sorte que l'évaluation finale perd de sa pertinence sans compter qu'en réalité il n'y a pas de temps pour la réaliser avant de reprendre le processus de planification pour le cycle suivant ;

De l'insuffisance dans la gestion axée sur les résultats. Il n'existe pas toujours des liens évidents entre les activités inscrites dans les Plans d'Action Annuels (PAA) des différentes structures, leur budget et les résultats attendus. Le nombre d'activités retenues est d'une part irréaliste et d'autre part non programmées et qui sont réalisées au cours de l'année. L'application de la notion de redevabilité présente des insuffisances de même que la prime à la performance qui en découle. Aussi le niveau et le cadre d'évaluation de cette performance ne sont pas encore totalement opérationnels.

- ✓ **De l'insuffisance d'articulation entre les plans opérationnels des DS et les plans de développement communaux (PDC).** Les communes qui ont l'autonomie de gestion de leurs ressources incluant les cases de santé et les CSI, élaborent leur PDC sans forcément impliquer les responsables des DS. Il en résulte une insuffisance de cohérence entre les périodes de planification et entre le contenu des plans communaux et ceux de district.

- ✓ **De l'insuffisance d'articulation entre les cycles de planification de plusieurs plans stratégiques sous sectoriels et celui du PDS et dont ils sont supposés tirés les orientations.** C'est le cas du plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), du Plan de Développement des Ressources Humaines et celui de la recherche qui ont un cycle de 10 ans.

- **La décentralisation et la déconcentration**

Le Niger a adopté le scénario de développement en trois (3) phases, mettant ainsi en place un mécanisme de développement de la déconcentration et de la décentralisation impliquant communautés et collectivités territoriales. A ce titre, la DRSP constitue la structure d'appui régional à la mise en œuvre de la politique et des stratégies de développement sanitaire. Cette structure fonctionne selon les dispositions de l'arrêté n° 154//SP/CAB/MSP du 1er février 1995, portant attributions de la Direction Départementale de la Santé. Actuellement les dispositions de cet arrêté ne répondent plus aux exigences liées au décret n°2013-504/PRN/MSP du 04 décembre 2013 portant organisation du MSP.

Selon le décret 2016/75 du 26 janvier 2016 portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de l'Education, la Santé, l'Hydraulique et l'Environnement, les Cases de Santé, les CSI et les hôpitaux des DS seront sous la responsabilité des communes. Ce décret dispose à son article 7 que les communes ont en charge : (i) La construction, l'entretien et la gestion des cases de santé (ii), La construction, l'entretien et la gestion des CSI (iii), La construction, l'entretien et la gestion des HD. Le défi auquel le secteur va faire face est celui de garder l'unicité du DS dans un contexte où il est composé des structures qui relèvent pour les unes de l'autorité décentralisée et les autres de l'autorité déconcentrée.

selon le décret 2016/076 du 26 Janvier 2016 portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux régions collectivités territoriales dans les domaines de l'Education, la Santé, l'Hydraulique et l'Environnement. Ce décret dispose à son article 7 que les régions collectivités auront en charge : (i) construction, entretien et gestion des CHR, CSME et autres centres régionaux spécialisés (ii), gestion du personnel mis à disposition, (iii) présidence du conseil régional de santé, (iv) organisation du système de la gratuité des soins, conformément aux textes en vigueur incluant l'identification des bénéficiaires, la recherche du tiers payant et le remboursement. Cependant les arrêtés d'application de ces deux décrets sont en préparation et nécessitent une prise en compte globale et cohérente des dispositions des deux décrets.

La lenteur de la mise en œuvre de la décentralisation constitue un obstacle à la réalisation d'un certain nombre d'actions telles que la mise à disposition des ressources humaines.

Aussi les ECD de par leur incomplétude et leur composition ne répondent pas aux exigences de gestion du district.

- **Participation communautaire**

En matière de **participation communautaire**, on note une insuffisance dans la fonctionnalité des Comités de gestion (COGES) et des Comité de santé (COSAN), de la qualité de leurs membres, de la collaboration avec les agents de santé. On note également la non adoption de la stratégie nationale de participation communautaire et des textes subséquents, une insuffisance de la

coordination des interventions, une immixtion des leaders d'opinion dans le choix des membres des comités. En dépit de ces insuffisances il faut noter la disponibilité d'un recueil de textes sur le Recouvrement des Coûts/Participation Communautaire (RC/PC), l'existence d'une stratégie nationale de participation communautaire et des projets de textes réglementaires.

La multiplicité des acteurs d'appui rend les interventions communautaires non coordonnées, inefficaces et inefficaces et par conséquent peu performantes. C'est pourquoi des directives nationales de la santé communautaire où le Relais Communautaire occupe une place centrale dans ce dispositif communautaire ont été élaborées et adoptées. En plus de l'appui à la case dont il relève le relais va offrir un paquet complet intégré préventif curatif et promotionnel pour une population donnée suivant la position géographique du village par rapport à la case de santé/CSI. Une expérience pilote ciblant 5800 Relais Communautaires cartographiés et recensés dans 30 communes de 10 districts dans ce sens est actuellement mise en œuvre et un plan national de passage à échelle est en cours d'élaboration avec l'ensemble des partenaires intervenant dans cette composante.

▪ **Le dialogue politique et la coordination sectorielle**

Le dialogue existe entre le MSP et les partenaires du secteur. Il se fait à travers les différents organes de coordination et de concertation qui existent à tous les niveaux du système de santé. Cependant on note que :

- ✓ **Les organes de dialogues ne sont pas suffisamment structurés pour un dialogue efficace.** En effet, les organes techniques (commissions techniques incluant les PTFs, la société civile, etc.) chargés de la préparation des dossiers à soumettre à des discussions et de suivre la mise en œuvre des décisions ou des recommandations sont peu fonctionnels. Ceci peut expliquer que certains dossiers comme la carte sanitaire, l'actualisation des normes ne soient pas encore finalisés ;
- ✓ **Le dialogue multisectoriel pour agir sur les déterminants de la santé n'est pas encore optimal.** En dehors de quelques domaines (nutrition, vaccination, VIH/sida) où il existe des organes multisectoriels de coordination avec des responsabilités bien établies entre les différents secteurs , le dialogue politique dans le domaine de la santé de la reproduction, dans la lutte contre les maladies non transmissibles est encore à mettre en place.

▪ **La coordination**

Les espaces de coordination et de concertation aussi bien des équipes que des activités au sein du MSP ne sont pas suffisamment efficaces, par manque de culture managériale et de régularité dans la mise en œuvre. Pourtant ces espaces de coordination et de concertation devraient être à la fois des lieux d'anticipation des grandes échéances, de bilan des efforts de concertation engagés, d'élaboration de recommandations et de suivi des axes politiques et stratégiques en matière de santé.

L'inspection, le contrôle et la redevabilité dans le secteur

Pour améliorer la gouvernance ainsi que la redevabilité, le gouvernement a mis en place une Inspection Générale de la Santé (IGS). La mission de l'IGS est définie par le décret n° 2013–070/PRN/PM du 22 février 2013 qui stipule que l'IGS est un organe de veille, de contrôle interne et d'appui-conseil. Elle assiste le ministre dans la gestion administrative et technique de services

et contrôle l'utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition du ministre et des organes qui en dépendent. Elle veille également au respect des normes tant pour l'administration centrale, déconcentrée et décentralisée que pour des établissements et organismes sous tutelles.

Dans l'exercice de ses fonctions, l'IGS fait face aux difficultés suivantes :

- ✓ **L'IGS ne dispose pas de ressources humaines et matérielles suffisantes pour remplir sa mission.** Des 20 inspecteurs que le service comptait entre 2011 et 2015, il n'y en a que 13 actuellement pour inspecter les structures de santé pour l'ensemble du pays. L'IGS ne dispose pas de véhicules de mission ;
- ✓ **L'IGS ne dispose que d'un seul inspecteur des services pharmaceutiques** dans un contexte où la vente illicite des médicaments et la circulation des médicaments contrefaits deviennent de plus en plus inquiétantes. L'IGS ne dispose pas d'inspecteurs financiers, pédagogiques et de médecine de travail ;
- ✓ **Les recommandations issues des inspections ne sont que très peu mises en applications par les instances attitrées.** Cette situation renforce l'idée d'impunité dans un contexte où le MSP essaie de promouvoir la gestion axée sur les résultats.
- **Le partenariat dans le secteur de la santé**

Le gouvernement du Niger a signé un Compact avec 22 PTFs pour la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris et du Partenariat International pour la Santé et des Initiatives apparentées. Cependant, le suivi de la mise en œuvre des engagements du Compact n'a pas eu lieu durant la mise en œuvre du PDS. Mais, une évaluation à mi parcours est intervenue en 2014 avec des taux de réalisation des engagements du gouvernement et des PTF qui sont respectivement de 45% et 56%.

- **La carte sanitaire**

La carte sanitaire est un outil de planification et de prospectives qui détermine les normes d'implantation des établissements publics et privés de santé sur le territoire national. Elle vise une répartition géographique équitable des soins à travers le pays. Son absence crée les conditions d'une implantation non efficiente des structures des soins publiques et privées qui ne permet pas de gagner en termes de couverture sanitaire et d'équité dans l'offre des services à la population.

- ***En résumé, malgré les efforts fournis dans le domaine de la gouvernance, un certain nombre des problèmes persistent. Il s'agit : du cycle de planification sectorielle de 5 ans qui est très court. Dans le même temps, on constate que certains plans sous-sectoriels ont un cycle de planification de 10 ans. On note également une absence de cohérence entre les Plans de Développement des DS et les Plans de Développement des communes ; de la décentralisation qui avance lentement, ce qui bloque la mise en œuvre d'un certain nombre d'options telle que la régionalisation des postes budgétaires pour les ressources humaines ; L'incomplétude et la composition des ECD ne répondent pas aux exigences de gestion du district ; de l'insuffisance dans la fonctionnalité de la participation communautaire ; de l'IGS qui fait face à un problème d'insuffisance des***

ressources humaines et matérielles pour réaliser sa mission. En plus, les recommandations de l'IGS ne sont que très peu mises en œuvre ; du secteur privé de la santé qui n'est pas suffisamment régulé ; de l'absence d'une carte sanitaire.

2.1.8.1.2 FINANCEMENT DE LA SANTE

▪ Dépense Nationale de Santé (DNS)

LA DNS est estimée en 2014 à 281,049 milliards de FCFA contre 226,004 Milliards en 2013 soit un taux d'accroissement de 24,36%. En pourcentage du PIB nominal, elle n'a que légèrement dépassé les 6% depuis 2006. Elle est de 6,96 % en 2014 contre 6,18% en 2013. La DNS par habitant a légèrement progressé entre 2013 et 2014, elle est en effet passée de 12.699 francs CFA en 2013 (soit 25 \$US) à 15.190 francs CFA en 2014 (soit environ 30 \$US). On note un sous financement du secteur de la santé bien qu'il fasse partie des priorités nationales. En effet, la dépense par habitant reste légèrement inférieure aux estimations de l'OMS chiffrées à 44 \$US par an et par habitant pour des interventions sanitaires essentielles.

▪ Sources de financement de la santé

Les ressources financières du secteur de la santé proviennent des ressources domestiques et de l'aide internationale. Les ressources domestiques sont : le budget de l'Etat, les ménages, les collectivités territoriales, les Organisations et Associations Confessionnelles et Caritatives. L'aide internationale provient de la coopération bi et multilatérale, des initiatives globales pour la santé et des Organisations Non Gouvernementales internationales.

Le budget de l'Etat alloué à santé était de 5,30% en 2014 ceci en dépit des engagements et de la volonté affichée par le gouvernement à financer la PNS à hauteur de 10% du budget de l'Etat au cours de la période de sa mise en œuvre (2002-2015).

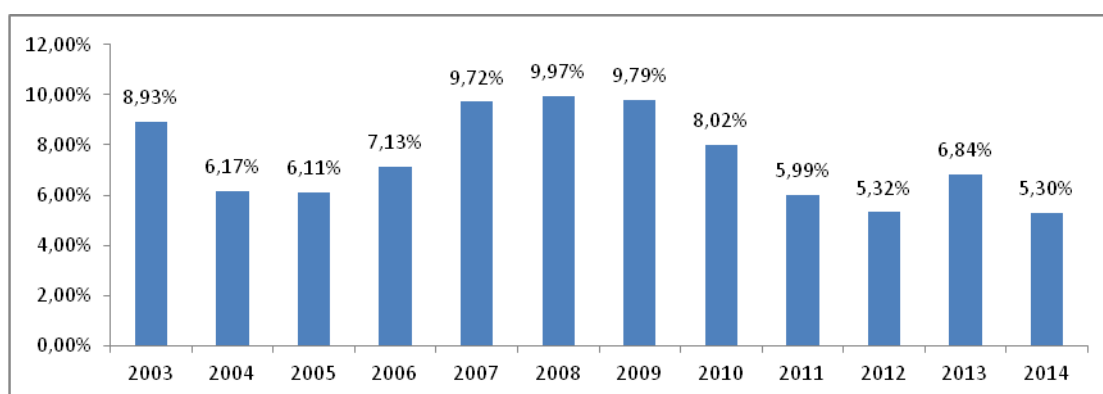


Figure 7 : Evolution du budget de l'État alloué à la santé de 2003-2014 selon les Comptes Nationaux de la Santé

Le taux d'exécution du budget de l'Etat surtout en ce qui concerne le budget d'investissement est une préoccupation majeure. En effet, ce taux d'exécution n'a pas atteint les 60% entre 2010 et 2014. Il était de 44,52% en 2012, 10,32% en 2013, 54,73% en 2014 (Lois de règlement du budget Assemblée Nationale).

La part de la dépense directe des ménages dans la dépense de santé était de 54,91% en 2014 contre 56,33% en 2013, celle de l'Etat était de 39,58% en 2014 contre 38,67% en 2013. Les collectivités locales ont contribué à hauteur de 0,69 % des dépenses courantes de santé en 2014 contre 0,21% en 2013. Les entreprises ont participé à hauteur de 2,39% des dépenses courantes de santé en 2014 contre 0,67% en 2013. Les agences de développement et les ONGs internationales ont contribué aux dépenses de santé d'environ 5,06% en 2014.

▪ **Le Fonds Commun**

Le MSP est engagé dans un processus d'approche programme par la mise en place du FC d'appui à la mise en œuvre du PDS en 2006. Le FC compte actuellement (six) 6 partenaires : l'AFD, l'UNICEF, l'AECID, la BANQUE MONDIALE, GAVI et l'UNFPA. Il s'agit d'une aide sectorielle extrabudgétaire avec un compte indépendant qui alimente une fois par trimestre les comptes des entités nationales et déconcentrées (régions et districts sanitaires). Le montant décaissé par le FC est déterminé lors des revues conjointes annuelles. En 2014 le montant décaissé pour le financement des PAA a représenté 4,81%. Il est attendu que le nombre des partenaires au développement qui acheminent leur aide à travers le FC et le volume du financement qui passe par ce dernier augmente. En plus, le FC devra évoluer à moyen ou long termes vers un appui budgétaire sectoriel conformément à la Déclaration de Paris.

Le Fonds Commun est une opportunité de mobilisation de Fonds et de garantie d'obtention des financements dont la souplesse dans la gestion a permis de financer les priorités du secteur. Cependant on peut noter l'insuffisance dans la maîtrise des procédures de gestion par les structures étatiques.

▪ **Financements innovants**

Dans le cadre de l'accroissement du financement de la santé, le Niger, comme tous les pays en développement doit rechercher des financements innovants. Certains existent déjà dans le pays et ne méritent que d'être mieux exploités. Ce sont particulièrement : les Fondations, les Taxes sur les recettes des compagnies de téléphonie mobile, les taxes sur l'exploitation minière, l'appui de la Diaspora nigérienne, le partenariat public privé.

Au vu de l'analyse ci-dessus, les points faibles suivants méritent une attention particulière pour améliorer le financement de la santé en vue d'une couverture universelle en soins et services de santé de qualité:

- Le financement de la santé reste insuffisant par rapport aux recommandations de la commission macro-économie et santé de l'OMS (44 \$US /habitant/an)
- La part du budget de l'Etat consacré à la santé qui n'a pas atteint les 10% relatifs aux engagements du Gouvernement par rapport à la précédente PNS et moins encore les 15% d'engagement des chefs d'Etat à Abuja ;
- La part du paiement directe des ménages dans la dépense de santé est en pleine augmentation. Elle est passée de 34% en 2003 à 54,91% en 2014 ;
- La part des collectivités dans le financement de la santé n'a pas dépassé 1%

- La consommation des crédits budgétaires liés aux investissements qui est faible (61,17% en 2014) ;
- La consommation des crédits budgétaires liés au fonctionnement qui est de 80, 83% en 2014) ;
- Les financements innovants ne bénéficient pas encore assez au secteur de la santé.

2.1.8.1.3 RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

La situation des ressources humaines du secteur de la santé au Niger se caractérise par une insuffisance (quantitative et qualitative), une répartition inéquitable du personnel entre les milieux urbain et rural, une insuffisance dans la maîtrise des effectifs, une utilisation non rationnelle du personnel, des profils de carrière et des systèmes de promotion peu satisfaisants, une formation continue peu efficace. Ces problèmes perdurent depuis plusieurs années. En effet, ils avaient déjà été identifiés en tant que tels dans la précédente PNS (2002-2015)

▪ Effectifs et formation des ressources humaines pour la santé

En mars 2014, le MSP comptait un effectif total de 7 647 agents. Les femmes constituent une proportion globale de 59%.

En 2015, 30% des CSI disposaient du personnel selon les normes et standards du MSP²⁸. Les HD qui disposaient du personnel selon les normes actuelles ne dépassaient pas 10%. Les CHR avec un personnel selon les normes représentent à peine 17%. On est loin des objectifs fixés dans le PDS 2011-2015.

Selon l'OMS, l'atteinte de la norme haute qui est de 2,5 personnels de santé pour 1 000 habitants est importante. En effet, une bonne densité du personnel de santé bien répartie sur le territoire national augmente les chances pour la population d'avoir accès aux services de santé essentiels. La norme basse considérée comme minimale est de 0,4 personnel de santé pour 1000 habitants. Le Niger a atteint le ratio de 0,39 personnel de santé soignant (Médecins, Infirmiers et Sages-femmes) pour 1000 habitants en 2014. Les régions de Niamey (0,7) d'Agadez (0,8), de Zinder (0,5), et de Diffa (0,4) ont des densités en personnel de santé supérieures ou égales à la norme basse de l'OMS.

S'il est vrai que les effectifs sont globalement insuffisants, il est tout aussi vrai que la répartition très inéquitable du personnel de santé entre le milieu rural et urbain reste de loin le problème le plus important dans le domaine des ressources humaines pour la santé au Niger. En effet, selon les données de la DRH en 2015, 76% du personnel de santé est en milieu urbain et seulement

²⁸

Personnel	CSI type I	CSI type II
Médecin généraliste	0	1
Infirmier diplômé d'Etat	1	1
Infirmier certifié	1	2
Sage femme	0	2
Technicien d'hygiène et d'assainissement	0	1
Gestionnaire communautaire	1	1
Manœuvre/gardien	1	1

24% en milieu rural, où vit 80 à 90% de la population. Une meilleure répartition de ce personnel permettra de résoudre une bonne partie des problèmes des Ressources Humaines en Santé dans le secteur.

En vue de pallier cette insuffisance de personnel, des partenaires (PTF, particuliers) interviennent dans son recrutement notamment dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition sans qu'aucun mécanisme de dévolution ne soit initié par l'administration publique.

Le MSP dispose d'un plan de développement des ressources humaines (PDRH 2011-2020) avec un plan de formation intégré qui est peu suivi. Les partenaires au développement qui interviennent dans la formation financent celle-ci selon leurs propres priorités. La formation des agents de santé s'effectue essentiellement à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et dans les écoles publiques et privées de formation professionnelle locales. La qualité de l'enseignement de base est une source de préoccupation majeure pour le MSP.

La formation continue est essentiellement organisée par les programmes de lutte contre la maladie, ce qui les rend verticaux et donc pas toujours efficaces pour une prise en charge globale des problèmes de santé de la population. Cette fragmentation de la formation s'observe même à l'intérieur d'un domaine comme la santé de la reproduction où l'on assiste à des formations qui se font en fonction des interventions sans cohérence entre elles.

En matière de télésanté, il s'agit de se servir des technologies de l'information et de la communication, à des fins de prévention, de diagnostic, de traitement, de recherche, d'évaluation et de formation continue. Actuellement, son utilisation est limitée à quelques structures (4 Régions : Dosso, Maradi, Agadez, et Tillabéry, 2 CSME : Tahoua, Zinder et les 5 sites pilotes de télésanté : Tahoua, Zinder, Mainé, Ouallam et hôpital Lamordé).

▪ **Le cadre organique et la gestion prévisionnelle des RHS**

Actuellement, la gestion prévisionnelle et stratégique des ressources humaines est loin de répondre aux normes, du fait que les outils de base pour la gestion des RHS n'existent pas. En effet, il n'existe pas de cadre organique et de référentiel des emplois et des compétences. Le personnel du MSP n'est pas évalué et les avancements et les primes accordées ne se font pas selon les performances. Les primes de motivation jusque-là accordées au personnel en milieu rural n'ont pas donné les résultats escomptés.

La dernière tentative de mise en place d'un cadre organique a été faite à l'occasion de la réforme dite « Les mutations institutionnelles et humaines » que le MSP avait lancées avec l'appui de la Banque mondiale en 2004. Pour des raisons de blocage structurel et du refus de changement des acteurs clés du secteur, le processus a été abandonné.

En résumé, la gestion des Ressources Humaines du secteur de la santé au Niger souffre de :

1. L'insuffisance quantitative des ressources humaines pour la santé dont la densité n'atteint pas la norme basse de l'OMS ;
2. L'insuffisance dans la formation de base et la formation en cours d'emploi. La formation continue, elle est marquée par une fragmentation de fois induite par les besoins spécifiques des programmes verticaux;
3. La répartition inéquitable du personnel entre le milieu urbain (76%) et le milieu rural (24%) ;

4. Les stratégies mises en place pour la rétention du personnel en zones rurales ne sont pas efficaces ;
5. L'insuffisance dans la gestion prévisionnelle du personnel liée à l'absence des outils de gestion tel que la cadre organique.
6. L'insuffisance dans l'application des descriptions de postes/profils

Le grand défi auquel le MSP fait face dans la gestion des ressources humaines pour la santé est la politisation de la gestion de ces dernières.

2.1.8.1.4 MEDICAMENTS ET PRODUITS ESSENTIELS, EQUIPEMENTS ET TECHNOLOGIE

▪ Acteurs du secteur pharmaceutique

Les principaux acteurs impliqués dans le secteur pharmaceutique au Niger sont : la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT) qui est une structure de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP), l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), la Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques (SONIPHAR) et le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX). L'ONPPC, la SONIPHAR sont des Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC) et le LANSPEX , un Etablissement Public à caractère Administratif (EPA).

La DPH/MT a en charge la formulation et le suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique : l'administration du secteur pharmaceutique, la réglementation, la pharmacovigilance, la fixation des normes et standards, l'exercice de la tutelle des EPIC et la promotion de la Médecine Traditionnelle.

L'ONPPC est l'organe chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des MEG. Cette distribution se fait à travers trois (3) dépôts de zones, de quarante-quatre (44) Pharmacies Populaires (dont 30 sont à implantés dans les nouveaux départements). Seize (16) centrales d'achats, cent cinquante (150) pharmacies privées et quatre vingt neuf (89) dépôts communautaires et villageois complètent la chaîne d'approvisionnement du Pays.

La SONIPHAR a pour mission d'assurer la production locale et la distribution des médicaments.

Le LANSPEX a pour mission le contrôle de qualité des médicaments, des aliments, des eaux, des produits phytosanitaires, la formation et la recherche.

Le fonctionnement de ces trois structures est interdépendant. Les performances et/ou les contre-performances de l'un entraîne celles des autres.

▪ Cadre juridique du secteur pharmaceutique

Une politique pharmaceutique nationale a été adoptée par le Niger en 1995. A ce jour cette politique pose deux problèmes : (i) son application est insuffisante de sorte que le secteur pharmaceutique est très peu régulé ; (ii) elle n'a pas été actualisée depuis lors pour prendre en comptes les défis nouveaux qui sont apparus dans le secteur (nécessité de criminaliser la vente illicite des médicaments, etc.). Il est important de noter que l'application de cette politique

permettra de résoudre une bonne partie des problèmes qui sont observés actuellement dans le secteur.

▪ **Approvisionnement, stockage et distribution des MEG**

L'ONPPC n'arrive plus à remplir correctement sa mission. Les principales causes sont :

- ✓ la charge du passif hérité de la réforme de 1996 essentiellement lié à l'arrêt des subventions gouvernementales. Depuis lors, les dépenses de fonctionnement de la structure consomment environ 35% de son chiffre d'affaire;
- ✓ L'accumulation d'année en année des créances non payées par l'Etat ;
- ✓ l'insuffisance de l'espace de stockage des médicaments. Les $\frac{2}{3}$ de son espace de stockage sont occupés par les médicaments des programmes acquis sous financement des partenaires au développement dont il assure le stockage et la distribution;
- ✓ l'insuffisance des moyens logistiques pour assurer la distribution des médicaments à travers le territoire national ;
- ✓ la gestion interne de la structure.

La baisse de la performance de l'ONPPC a eu pour conséquences:

- ✓ La multiplication des circuits parallèles d'approvisionnement de médicaments ;
- ✓ La vente illicite des médicaments.

▪ **Production locale des médicaments**

La production locale des médicaments est aussi affectée par de nombreux problèmes. Parmi ces derniers, on peut citer :

- ✓ L'outil de production de la SONIPHAR qui est en place depuis plusieurs décennies est devenue vétuste ;
- ✓ La SONIPHAR ne dispose pas de sites propres. Cette situation combinée à l'insuffisance des subventions ne permet pas à l'entreprise de construire ses unités de production des médicaments ;
- ✓ La SONIPHAR ne dispose pas d'un personnel suffisant tant en quantité qu'en qualité.

▪ **Contrôle de qualité des médicaments**

La qualité des médicaments consommés par la population n'est pas totalement garantie. Cette situation est due essentiellement à la non-application des textes légaux et législatifs qui imposent le contrôle de la qualité des médicaments et autres produits de consommation. La baisse des performances du LANSPEX est due à :

- ✓ La baisse des performances de l'ONPPC et de la SONIPHAR qui sont deux clients potentiels du LANSPEX ;
- ✓ La vétusté du matériel de travail qui n'a pas été renouvelé depuis plusieurs années faute de subventions suffisantes ;
- ✓ L'insuffisance du personnel tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Cette situation est aggravée par l'instabilité du personnel mis à disposition par la Fonction Publique ;

- ✓ Le LANSPEX n'est pas dans le dispositif mis en place dans le cadre des Autorisations de mise sur le Marché des Médicaments (AMM), ce qui le prive d'une bonne partie de ses clients potentiels ;
- ✓ Le LANSPEX n'a pas d'accréditation internationale comme laboratoire de contrôle de qualité. Cette situation fait qu'un certain nombre de clients potentiels bien qu'installés dans le pays ne savent pas utiliser les services du LANSPEX.

▪ **Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires**

D'une manière générale, les taux de ruptures enregistrés à différents niveaux ne traduisent pas fidèlement le malaise que connaît la gestion des médicaments. Ainsi, les résultats de l'enquête SARA réalisée en 2015 montrent que les médicaments essentiels et génériques (MEG) étaient disponibles dans 41% des formations sanitaires enquêtées. Le taux le plus élevé de disponibilité en MEG a été observé à Maradi (44%) et le plus bas à Niamey (31%). Aucune structure n'avait, au moment de l'enquête tous les médicaments traceurs retenus dans le cadre de l'enquête. La disponibilité des produits sanguins n'est pas toujours garantie dans les formations sanitaires, ce qui augmente très sensiblement la mortalité, en particulier chez les femmes qui accouchent. Cette situation est aggravée par la faible couverture des infrastructures habilitées à transfuser le sang obligeant les patients à parcourir de longues distances à sa recherche.

▪ **Vente illicite des médicaments et la circulation des médicaments contrefaits**

La vente illicite des médicaments a pris des ampleurs inquiétantes au Niger. A ce jour, sur les 110 importateurs qui existent dans le pays, seuls 27 (y compris l'ONPPC) sont autorisés.

La prolifération des médicaments contrefaits, faussement étiquetés est liée à plusieurs facteurs dont : la non-application des textes qui régulent le secteur pharmaceutique, le prix élevé des médicaments dans les officines, la perméabilité des frontières facilitant l'entrée frauduleuse de produits contrefaits, le manque de contrôle des marchés, la faiblesse de la sensibilisation du public. Elle est un épiphénomène des dysfonctionnements du secteur pharmaceutique.

▪ **Médecine traditionnelle**

Au Niger 80-85% de la population a recours à la médecine traditionnelle. C'est pourquoi la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé (PSS) en Juillet 1995, révisée en Mai 2002 avait dédié un axe stratégique à la médecine traditionnelle ; la Déclaration de la Politique Pharmaceutique Nationale avait entre autre objectif la promotion de la recherche et le développement dans le secteur pharmaceutique y compris celui de la Pharmacopée traditionnelle.

Dans le PDS 2011-2015, il a été prévu la poursuite de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé.

C'est pourquoi un plan stratégique pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé au Niger pour la période 2011-2015 ainsi qu'un code de déontologie des tradipraticiens de santé ont été élaborés. Ces documents n'ont pas connu de validation nationale par manque de financement. L'élaboration et la validation de deux modules de formation sur les différents domaines (le paludisme et la drépanocytose) de la Médecine Traditionnelle.

Pour légiférer l'utilisation des plantes médicinales, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont été pris : (i) Ordonnance 97-002 du 10 Janvier 1997 portant législation pharmaceutique et son décret d'application (ii) Arrêté N° 230/MSP/DPHL/PT portant liste des plantes médicinales au Niger (iii) Loi N°74-7 du 4 Mars 1974 portant code forestier du Niger interdisant l'abattage, la mutilation et l'arrachage de certaines espèces dites protégées.

Mais le sous secteur de la médecine traditionnelle fait face à certaines difficultés :

- Réticence des Tradipraticiens à partager leurs connaissances;
- Insuffisance des financements de la recherche sur les plantes et pour la promotion de la Médecine traditionnelle;
- Insuffisance dans la production des médicaments traditionnels améliorés ;
- Réticence des agents de santé à accepter le tradipraticien comme acteur de la Santé ;
- Insuffisance de la collaboration entre les structures de production des MTA et les institutions de recherche dans le domaine ;
- Insuffisance de promotion de la médecine traditionnelle.

Les principaux problèmes du secteur pharmaceutiques peuvent être résumés comme suit : problèmes liés (i) à la politique nationale pharmaceutique, (ii) à l'approvisionnement, au stockage et à la distribution des MEG, (iii) à la production locale des médicaments, (iv) au contrôle de qualité des médicaments, (v) à la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires et (vi) à la vente illicite des médicaments.

▪ Equipements et Laboratoires

Les équipements essentiels étaient disponibles dans 82% des formations sanitaires avec des disparités importantes entre le milieu rural où 26% des formations disposent des équipements essentiels contre 45% des formations sanitaires en milieu urbain. Seul 31% des formations sanitaires disposent de tous les équipements traceurs sur l'ensemble des structures enquêtées. Les équipements nécessaires au diagnostic étaient disponibles dans 36% des formations sanitaires dont moins de 1% en milieu rural et 36% en milieu urbain.

De façon générale, les équipements sanitaires au Niger sont marqués par une vétusté et une obsolescence, contrastant avec les crédits d'investissement alloués au secteur, en augmentation régulière depuis plusieurs années; les systèmes de maintenance, faute de techniciens qualifiés ayant préféré migrer vers le secteur privé, sont quasi inexistants (audit organisationnel et fonctionnel du MSP, 2015).

Les services de laboratoire quant à eux souffrent de l'inadaptation des infrastructures aux évolutions technologiques, de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, en équipements et intrants. Ces facteurs limitent considérablement le développement de la biologie et du laboratoire au Niger.

En résumé, la situation du secteur du médicament et produits essentiels, équipements et technologies est caractérisée par:

- La Politique Pharmaceutique datant de plus de 30 ans, ne prend pas en compte le développement et les défis récents du secteur du médicament ;
- Les textes qui régulent le secteur pharmaceutique ne sont appliqués que très timidement ;
- L'ONPPC n'arrive plus à assurer sa mission qui consiste à approvisionner le pays en médicaments pour les formations sanitaires. La production locale des médicaments est très faible. La qualité des médicaments en circulation n'est pas assurée ;
- Les ruptures de stocks des médicaments sont de plus en plus fréquentes dans les formations sanitaires ;
- La vente illicite des médicaments et la circulation des médicaments contre faits deviennent de plus en plus importantes ;
- Moins de la moitié des formations sanitaires (31%) disposent de l'ensemble d'équipements essentiels ;
- Un système de laboratoire peu performant.

2.1.8.1.5 SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET DE RECHERCHE

2.1.8.1.5.1 SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Le Système d'Information Sanitaire du Niger est caractérisé par une fragmentation en sous-systèmes, avec l'inefficience et la surcharge de travail qui en résultent. Cette fragmentation serait entre autre liée au besoin de collecte des données des partenaires techniques et financiers et des programmes verticaux. Le nombre de supports de collecte des données au niveau périphérique a augmenté de sorte que leur remplissage prend énormément de temps aux agents de santé, en particulier au niveau opérationnel. Par ailleurs, depuis une décennie, aucune formation n'a été faite sur l'utilisation de ces supports. On a également noté que les ruptures des stocks des outils de collecte sont assez fréquentes, avec des répercussions négatives sur les taux de promptitude. Cette situation s'explique en partie par le faible niveau de mise en œuvre des activités programmées au titre du SNIS dans le PDS 2011-2015.

Malgré cela, le rapport sur la qualité des données sanitaires réalisé en février 2016 montre un taux de complétude satisfaisant (100%) dans les districts sanitaires, mais que 64,3% des districts sanitaires ont un taux de promptitude inférieur à 85%, qui est le seuil minimal admis²⁹ ; une grande partie des activités programmées au titre du SNIS dans le PDS 2011-2015 n'a pas été réalisée

Après l'évaluation du SNIS en 2011, un plan stratégique national a été élaboré pour couvrir une période de 10 ans (2013-2022). Malgré les difficultés financières, sa mise en œuvre suit son cours.

On observe toutefois certaines avancées dans le cadre de la réforme du SNIS : (i) élaboration de textes réglementaires ; (ii) révision des supports de collecte des données ; (iii) élaboration du référentiel des indicateurs ; (iv) programmation de la plateforme DHIS2 ; (v) mise en place d'une

²⁹ République du Niger/MSP/SG/DS. *Rapport sur la Qualité des Données-DQR Niger*. Février 2016

flotte téléphonique dans 918 HD et CSI avec une ligne budgétaire inscrite sur le budget national ; (vi) mise en place et suivi des tableaux de bord santé ; (vii) apurement des données ; (viii) élaboration du module SNIS pour les écoles de formations en santé ; (ix) élaboration des normes et standards en matière de gestion de l'information sanitaire ; (x) publication régulière de l'annuaire statistique ; (xi) monitoring décentralisé avec implication des collectivités décentralisées dans 20 districts sanitaires ; (xii) réalisation de l'enquête SARA.

2.1.8.1.5.2 RECHERCHE EN SANTE

Selon l'analyse de situation ayant conduit à l'élaboration de la stratégie nationale de recherche en santé du Niger³⁰, « *la recherche en santé au Niger est menée de façon disparate, non systématique et insuffisamment coordonnée* » malgré un cadre juridique élaboré en 2013. Les institutions de recherche en santé (université, instituts) sont peu impliquées dans les projets du MSP. Une ligne de crédit budgétaire gérée par la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) a été ouverte pour la recherche, afin de financer les projets de recherche (MSP/MES). Les différentes études sur la santé en 2014 ont été mises en réseau pour améliorer la communication entre les chercheurs. Des efforts ont été déployés pour la formation des enseignants chercheurs de l'université de Niamey en rapport avec le CAMES.

Malgré une option claire du MSP pour une recherche orientée vers la résolution des problèmes (recherche opérationnelle, recherche action, ...), les résultats de cette recherche souffrent d'une faible capitalisation et d'une bonne dissémination au profit du système de santé. L'insuffisance des ressources humaines qualifiées, financières, matérielles, techniques, technologiques destinées à la recherche limite considérablement le développement de la recherche en santé au Niger.

En résumé, la principale insuffisance du système d'information sanitaire du Niger est son éclatement en sous-systèmes (fragmentation du SNIS), avec comme corollaire la surcharge de travail et ses répercussions négatives sur la promptitude et la qualité des données. La recherche en santé quant à elle, reste assez marginale et insuffisamment intégrée au développement du secteur.

2.1.8.1.6 PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

2.1.8.1.6.1 COUVERTURE SANITAIRE

L'extension de la couverture sanitaire à travers la création et la réhabilitation de Points de Prestations de Services accessibles et disponibles, offrant des soins de qualité, est l'une des grandes priorités de la politique sanitaire du Niger ; la mise en œuvre des différents plans quinquennaux de développement sanitaire PDS ont permis de porter la couverture sanitaire à 48,47% en 2015 selon les résultats de la revue annuelle sectorielle.³¹.

³⁰République du Niger/MSP/*Plan Stratégique National de Recherche en Santé 2013-2020*. Mai 2013.

³¹Proportion de la population ayant accès à un Point de Prestation de Soins sur un rayon de 5 kms à partir de son lieu de résidence habituel.

En 2015, on constate que la carte sanitaire, déjà prévue dans les plans précédents, est toujours en cours d'élaboration. Le nombre de Centres de Santé Intégrés (CSI) construits et celui des cases de santé transformées en CSI est de 99 pour la période allant de 2011 à 2015.

Théoriquement, avec 99 CSI en plus de 2011 à 2015, on aurait gagné 5,6 points sur la couverture sanitaire. Cependant, la plupart des CSI créés l'ont été dans des aires de santé où existaient déjà d'autres CSI, ce qui ne permet pas d'étendre la couverture sanitaire. La deuxième raison qui pourrait expliquer les progrès insuffisants réalisés est la croissance démographique.

En conséquence, plus de la moitié de la population du Niger doit parcourir plus de 5 kilomètres pour avoir accès aux services de santé de base. Niamey la capitale du pays a un taux de couverture sanitaire de 98,39% du fait de la concentration des services de santé (public et privé) dans un rayon réduit. La région d'Agadez vient en deuxième position (67,07%) du fait que la région est désertique en grande partie, et que la partie désertique n'est pas habitée. La population est concentrée dans un espace réduit où existe assez de CSI. Les autres régions ont une couverture qui varie entre 37,66 (Zinder) et 46,82% (Tahoua).

L'inexistence de la carte sanitaire n'a pas aidé dans la régulation de l'implantation des formations médicales privées à but lucratif et non lucratif qui, finalement se sont concentrées dans les centres urbains, sans respecter les normes en termes de distance par rapport aux structures existantes.

Le secteur privé, qui devrait venir pallier les insuffisances, souffre d'inefficience à cause de l'insuffisance d'implantation et d'accompagnement à l'installation des formations sanitaires privées, et la création anarchique de celles-ci du fait de l'application insuffisante des textes législatifs et réglementaires. Ce secteur est en pleine expansion, passant de 276 établissements de soins en 2010 à 356 en 2015. Ces établissements de soins sont principalement orientés vers les activités curatives et sont surtout concentrés dans les centres urbains tels que Niamey, Maradi et Zinder. Toute fois son intégration dans le système de santé doit encore être améliorée.

Les documents stratégiques nécessaires à la régulation de ce sous-secteur : stratégie de collaboration entre les formations sanitaires privées et le MSP et celle de la contractualisation sont en cours de rédaction ou de révision.

Pour réduire les problèmes d'équité qui se posent au niveau périphérique et assurer la couverture des populations situées au-delà d'un rayon de 5 km d'un CSI, le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires a entrepris un certain nombre des réformes parmi lesquels on peut citer : (i) la transformation des CS en CSI, (ii) la poursuite de la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes, (iii) l'affectation de médecins dans les CSI, (iv) le redécoupage des DS de plus de 500 000 habitants, (v) l'actualisation des normes et standards, (vi) l'élaboration de la carte sanitaire nationale, (vii) la déconcentration dans le secteur, (viii) l'élaboration en 2012 de la stratégie nationale d'interventions intégrées à assises communautaires, (ix) le renforcement de la mise en œuvre de certaines prestations de soins en stratégie avancée, mobile et foraines, (x) la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des cas chez les moins de 5 ans en communauté. Un plan national de mise à échelle de cette stratégie est actuellement en cours d'élaboration.

De façon générale, on note que le pays n'a pas défini de manière formelle une stratégie ou des directives pour le développement des soins de santé primaires au niveau national, notamment en ce qui concerne l'organisation des prestations pour une offre des **soins intégrés, continus et globaux**, l'organisation et l'appui attendu des autres niveaux du système de santé pour le développement des SSP, l'implication et la coordination des autres secteurs qui interviennent dans les soins de santé primaires (eau, assainissement, agriculture et élevage, la production alimentaire, etc.) au niveau local et aux autres niveaux.

Cependant faute d'une stratégie clairement définie pour le développement du DS, ces réformes semblent être des initiatives isolées qui n'ont pas toujours des liens les unes avec les autres. Par exemple, le redécoupage actuellement en cours qui fait passer le nombre des DS de 42 à 72 devrait se référer aux normes d'organisation et de fonctionnement des DS tels que la charge de travail pour l'équipe cadre, les distances à parcourir pour la supervision, la population de responsabilité, le nombre moyen des CSI à couvrir, la taille de l'équipe cadre du DS, etc. On constate par contre que le redécoupage est déjà terminé au moment où les normes d'organisation et de fonctionnement des DS sont en cours de révision. La mise en cohérence de toutes ces actions et réformes est nécessaire.

2.1.8.1.6.2 DISPONIBILITE, QUALITE ET CAPACITE OPERATIONNELLE DES SERVICES³²

- **Services de santé maternelle, néonatale, infantile, des jeunes et des adolescents**

Les résultats de l'enquête SARA 2015 réalisée dans les formations sanitaires publiques et privées, montrent une bonne disponibilité des services de santé de la reproduction tels que la planification familiale (PF) et les consultations prénatales (CPN). En effet, on note que 96% des formations sanitaires du pays disposent des services de PF dont 100% en milieu rural et 84% en milieu urbain. Les services des CPN sont disponibles dans 93% des formations sanitaires du pays dont 100% en milieu rural et 73% en milieu urbain. Les services d'accouchement sont disponibles dans 89% des formations sanitaires du pays. Par contre, on note que les soins néonataux ne sont disponibles que dans 34% des formations sanitaires du pays. Cette situation pourrait bien expliquer la stagnation observée dans l'évolution de la mortalité néonatale qui n'a baissé que de 41% passant de 38‰ à 24‰ alors que la mortalité infanto-juvénile a baissé de 53% au cours de la même période.

Les services qui offrent les soins préventifs et curatifs de l'enfant sont disponibles dans 98% de l'ensemble des formations médicales du pays.

³²La disponibilité des services fait référence à la présence physique des services et qui englobe l'infrastructure de santé, le personnel de santé principal et certains aspects de l'utilisation des services.

La capacité opérationnelle générale des services fait référence à la capacité d'ensemble des établissements de soins à fournir des services de santé généraux. La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services, tels que les aménagements et les éléments de confort indispensables, les équipements essentiels, les précautions standard pour la prévention des infections, une capacité de diagnostic et les médicaments essentiels.

La capacité opérationnelle des services spécifiques fait référence à la capacité des établissements de soins à fournir des services de santé spécifiques. Cette capacité est mesurée au moyen d'éléments traceurs dont le personnel qualifié, les lignes directrices, le matériel, la capacité de diagnostic ainsi que les médicaments et fournitures.

La disponibilité des services de santé de la mère des enfants et du nouveau-né contraste avec la capacité opérationnelle de ces derniers à pouvoir les offrir. En effet, la capacité opérationnelle des formations sanitaires est respectivement de 89% pour la PF, 88% pour la vaccination, 66% pour les CPN, 68% pour les soins obstétricaux de base et 68% pour les soins préventifs et curatifs de l'enfant. Aucune formation sanitaire ne disposait de tous les éléments traceurs pour réaliser une CPN au moment de l'enquête ; 1% seulement en disposait pour les soins obstétricaux de base et pour les soins préventifs et curatifs de l'enfant. Les goulots d'étranglements sont au niveau des ressources humaines et de la disponibilité des intrants. En ce qui concerne les soins préventifs et curatifs de l'enfant, on note que la proportion du personnel formé sur la surveillance de la croissance et en PCIME est respectivement de 46% et 52%. Cette situation montre qu'il se pose encore de gros problèmes de qualité des soins qui sont offerts aux femmes, aux enfants, aux nouveaux nés et aux adolescents.

- **SERVICE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION**

- ✓ **Services de prévention de la malnutrition**

Le gouvernement dispose d'une Politique Nationale de la Sécurité Nutritionnelle (PNSN) qui implique plusieurs secteurs tels que l'agriculture, l'élevage, l'hydraulique et l'assainissement, l'alphabétisation, la santé et les finances. La PNSN a pour but de contribuer à assurer la sécurité alimentaire et d'éliminer la faim. Elle permet ainsi de prévenir en amont toutes formes de malnutrition.

Le MSP est responsable de deux engagements dans la mise en œuvre de la PNSN, il s'agit de : l'engagement 2 qui consiste « à assurer une nutrition et un développement harmonieux pour chaque enfant, une nutrition adéquate durant l'adolescence en particulier pour la jeune fille et un apport nutritionnel approprié pendant la grossesse et l'accouchement ». Cet engagement permet au secteur de la santé de prévenir la malnutrition par des conseils nutritionnels à travers des interventions telles que les CPN, les CPoN, l'accouchement. La disponibilité, la capacité opérationnelle ainsi que la qualité de ces interventions sont essentielles pour assurer la prévention de la malnutrition chez les enfants.

L'engagement 7 qui vise à maintenir des niveaux faibles de surpoids et d'obésité et réduire l'incidence des maladies non transmissibles. Cet engagement permet de prévenir et de contrôler les maladies liées à la mauvaise alimentation et ses conséquences.

Les activités de prévention de la malnutrition chronique sont insuffisamment mises en œuvre à l'échelle nationale et par conséquent ont un impact limité sur la santé globale des enfants

- ✓ **Services de prise en charge de la malnutrition**

La prise en charge de la malnutrition fait face aux problèmes suivants :

- Une faible capacité d'accueil dans les Centres de Récupération Nutritionnelle Intensif (CRENI) qui fonctionnent dans les formations sanitaires du pays conduisant parfois à avoir plus d'un enfant par lit, ce qui affecte la qualité des soins ;

- Environ la moitié des CRENI qui fonctionnent dans les DS ne sont pas intégrés aux services de santé de ces derniers. Les ONGs qui les financent disposent d'un personnel propre, parfois plus important que celui de l'HD, mais qui ne participe pas aux activités du DS autres que celles relatives à la malnutrition ;
- La qualité de la prise en charge de la malnutrition dans plusieurs Centres de Récupération de la Malnutrition Aigüe et Sévère (CRENAS) qui fonctionnent dans les CSI reste préoccupante ;
- L'insuffisance de gestion des intrants thérapeutiques a un impact négatif certain sur l'efficacité et l'efficacité de la prise en charge. Chaque année environ 350 000 enfants de moins de 5 ans sont admis pour malnutrition dans ces formations

• **SERVICES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES**

Environ 99% des formations sanitaires offrent des services de traitement et de diagnostic de paludisme. Le diagnostic du paludisme par test de diagnostic se fait dans 91% des formations sanitaires. La proportion des formations sanitaires qui offrent des services de traitement préventif intermittent de lutte contre le paludisme est de 74%. Elle est de 76% en milieu rural et de 70% en milieu urbain. La capacité opérationnelle des formations sanitaires dans la lutte contre le paludisme est de 68%. Cependant, seuls 6% des formations sanitaires disposaient au moment de l'enquête de l'ensemble des éléments traceurs retenus pour cette enquête.

En ce qui concerne la lutte contre la TBC, on note que les proportions des formations sanitaires qui disposent des services de diagnostic et de traitement contre la TBC sont respectivement de 36% et 39%. Ces données doivent être relativisées dans la mesure où la politique nationale de lutte contre la tuberculose ne prévoit pas que toutes les formations sanitaires aient des services de diagnostic et de traitement de la TBC. Seuls les centres de diagnostic et de traitement (CDT) ont la responsabilité de la prise en charge de la TBC.

Les proportions des formations sanitaires qui assurent le Counseling VIH/Sida, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le traitement aux ARV sont respectivement de 63%, 99% et 15%. Les services de soutien au traitement de lutte contre le VIH/Sida sont disponibles dans 21% des formations sanitaires du pays. La capacité opérationnelle des services de counseling et de prise en charge des IST est respectivement de 78% et 65% alors que seuls 35% et 4% des formations sanitaires ont respectivement tous les éléments traceurs retenus dans le counseling et prise en charge des IST.

▪ **Services de lutte contre les maladies non transmissibles**

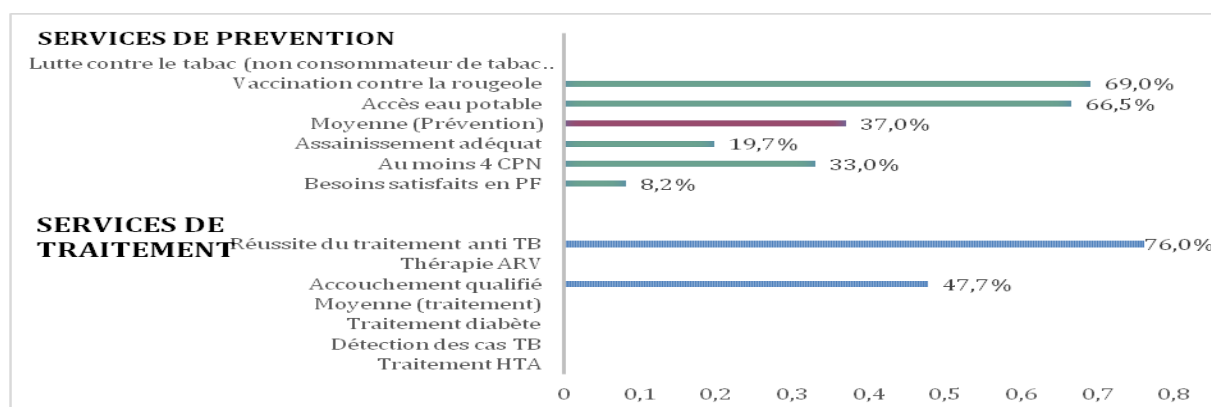
Les services de diagnostic et/ou de traitement du diabète sont disponibles dans 29% des formations sanitaires du pays. Dans le secteur public ils sont présents dans 24% des formations sanitaires et 80% dans le secteur privé. La proportion la plus élevée des formations sanitaires est retrouvée à Niamey 73% et la plus faible à Tillabéry. En ce qui concerne la lutte contre les maladies cardiovasculaires, les services de diagnostic et/ou traitement sont disponibles dans 42% des formations sanitaires du pays. Ces services sont disponibles dans 87% d'hôpitaux et dans 38% des CSI du secteur public. Les services de dépistage et/ou de traitement des maladies respiratoires chroniques (MRC) sont disponibles dans 43% des formations sanitaires.

2.2. COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTE

Selon l’OMS, le but de la couverture universelle en santé (CUS) est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé essentiels (préventifs, promotionnels, curatifs, ré-adaptatifs) et de bonne qualité dont ils ont besoin, sans subir de difficultés financières. Dans le cadre de l’agenda de développement durable relatif à la santé, l’objectif est que d’ici 2030, toutes les populations, quels que soient les revenus, les dépenses ou la richesse des individus, leur lieu de résidence ou leur sexe, bénéficient d’au minimum **80 %** de couverture en services essentiels de santé et que tout individu bénéficie de **100 % de couverture du risque financier** lié aux paiements directs des services de santé³³.

2.2.1. COUVERTURE EN SERVICES DE SANTE ESSENTIELS

Le Niger a identifié des paquets d’interventions (PMA/PCA) dont les éléments traceurs précisés par l’OMS qui sont à la fois préventives, promotionnelles et curatives pour mesurer la couverture en services de santé essentiels dans le cadre de la CUS. Ce sont, pour les soins préventifs (prévention & promotionnels) : la planification familiale, la couverture des CPNR, la vaccination, la nutrition, l’accès à l’eau potable, l’accès à un assainissement satisfaisant, et la prévention contre le tabac. Pour les soins curatif : l’accouchement assisté par un personnel qualifié, le traitement de l’hypertension artérielle, la détection de la TBC, le traitement de la TBC, le traitement des patients VIH + éligibles aux ARV et le traitement contre le diabète. Cette liste constitue un minimum qui permet non seulement de suivre les progrès en termes de couverture des interventions, mais aussi d’assurer la comparaison entre pays. La figure suivante présente le niveau actuel de la couverture des services de prévention et de traitement au Niger.



Source : EDSN-MICS 2012 & Annuaire statistique 2013

Figure 8: Couverture en services de santé essentiels

Comme on le voit, certaines données ne sont pas disponibles en dehors des données relatives à la lutte contre le tabac, le diabète et l’hypertension selon l’enquête STEPS 2007. Ceci ne permet pas d’établir des données de base complètes pour le suivi des progrès de la couverture sanitaire universelle dans le pays.

³³ Organisation mondiale de la santé (OMS), Groupe de la banque mondiale. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l’échelon national et mondial. Cadre, mesures et objectifs. [Internet]. Mai 2014. Page 5. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf

2.2.2. PROTECTION CONTRE LE RISQUE FINANCIER

Dans le but d'accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) notamment les OMD 4&5, le gouvernement a mis en place la mesure de la gratuité en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans en 2006. La gratuité s'applique à la consultation prénatale, aux prestations liées à la césarienne, au traitement des cancers féminins et aux soins préventifs et curatifs des enfants de moins de 5 ans. Cette mesure qui est appliquée sur l'ensemble du territoire national, devrait contribuer à la protection des ménages contre le risque financier lié au paiement des soins de santé. On constate cependant que, le retard de remboursement³⁴ auquel les formations sanitaires font face a eu pour effet un paiement direct par les cibles Elle est passée de 34% en 2003 à 54,91% en 2014. L'essentiel de la contribution des ménages dans la dépense de santé se fait sous forme de paiement direct qui est le principal mode de financement de la santé.

D'autres mécanismes de protection contre le risque financier existent dans le pays. Ce sont : les Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages ((ISBLSM), les entreprises, les régimes d'assurance maladie facultative et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Leur contribution aux dépenses de santé reste encore assez marginale. En 2014, les ISBLSM ont contribué pour 1,55% des dépenses courantes de santé, 2,39% pour les entreprises, 1,12% pour les régimes d'assurance maladie facultative et 0,61% pour la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Très peu de données existent dans le secteur de la santé pour mesurer le niveau actuel de la protection des ménages contre le risque financier. En effet, il n'existe pas à ce jour d'études qui aient mesuré les dépenses catastrophiques de santé et le taux d'appauvrissement des ménages. L'OMS estime que le risque de dépenses catastrophiques devient négligeable quand les dépenses directes de santé représentent moins de 15 à 20% de la dépense totale de santé³⁵. Selon les résultats des comptes nationaux de la santé réalisés en 2014, le paiement direct a représenté 54,91%³⁶ de l'ensemble de la dépense de santé, ce qui représente un risque des dépenses catastrophiques deux à trois fois plus élevé au niveau des ménages.

En septembre 2011, le gouvernement a adopté la Politique Nationale de la Protection Sociale (PNPS)³⁷ dont la couverture sanitaire universelle est l'une des composantes. Pour avancer dans ce domaine, un Comité Technique National des Acteurs de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale a été mis en place. Cependant, très peu de progrès ont été enregistrés dans la mise en œuvre de cette politique.

³⁴ Gaboriau C, Agbota G, Galadima S, Touré B. *Rapport Final mission d'Audit organisationnel et Fonctionnel du MSP-Niger*. Programme d'Appui Institutionnel/MSP/OMS/CTB. Juin 2015.

³⁵ Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde Le financement de systèmes de la santé ; le chemin vers la couverture universelle. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cité 24 oct 2015]. Page XV. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=648160>

³⁶ Ministère de la Santé Publique (Niger). Comptes de la Santé 2014. Page 27

³⁷ Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant (Niger). Politique Nationale de Protection Sociale. Avril 2002

Le Fonds social de santé, une institution à caractère social qui a pour mission d'assurer la prise en charge financière des soins destinés aux personnes démunies et vulnérables n'a toujours pas vu le jour.

Suite à l'organisation d'un forum national de protection sociale en 2013, le gouvernement a mis en place en 2014 un Groupe National de Travail sur la couverture sanitaire universelle (GNT/CUS). Le GNT/CUS a pour mission l'orientation et la coordination des acteurs de la CUS dans le pays. Dans ce cadre il a été procédé à l'élaboration d'une architecture d'assurance maladie universelle. Par ailleurs une série de formations à l'endroit des membres du groupe ont été organisées. Des efforts restent encore à faire pour opérationnaliser la mise en œuvre de l'architecture.

Les mécanismes de partages de risque financier (sociétés publiques ou privées d'assurance-maladie, mutuelles de santé, etc.) restent encore à un niveau embryonnaire (moins de 1% de la dépense de santé en 2013).

2.2.3. GRATUITE DES SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET DES FEMMES

Le gouvernement du Niger, eu égard au faible niveau des indicateurs de santé notamment une morbidité et une mortalité maternelle et infantile élevées, a pris un décret qui accorde aux femmes la gratuité des prestations liées aux césariennes en 2005. Cette gratuité a été étendue aux produits contraceptifs et préservatifs, à la consultation prénatale, aux soins des enfants de 0 à 5 ans, et aux prestations liées aux cancers féminins, à partir de 2006.

Dans sa mise en œuvre, cette gratuité souffre d'un certain nombre de difficultés dont :

- ✓ Un retard de remboursement des factures : Pour la période 2006 au 31 décembre 2015 sur un total des Factures Reçues au MSP qui s'élève à 55 904 970 605 FCFA, seuls 34 240 021 801 FCFA ont été remboursés soit un taux de 61,25% ;
- ✓ Une insuffisance dans la gestion (y compris les problèmes dans la chaîne de facturation) ;
- ✓ Une insuffisance dans la supervision des formations sanitaires.

A l'effet de trouver des solutions à ces difficultés, plusieurs études et réunions nationales et internationales comme la conférence nationale sur la gratuité des soins tenue du 13 au 15 mars 2012 ont été organisées.

Aussi des tests pilotes de la gestion décentralisée de la gratuité des soins et du financement basé sur les résultats sont en cours dans la région de Dosso. A terme les résultats de cette expérimentation, une fois validés permettront de renforcer le système de gratuité.

En résumé les principaux problèmes relatifs à la CUS sont :

- ✓ Les mécanismes de protection contre le risque financier sont encore à un niveau embryonnaire. En 2014, leur contribution à la dépense de santé était inférieure à 6%.
- ✓ La dépense directe des ménages augmente d'année en année en pleine application de la politique de gratuité. Elle est passée de 34% en 2003 à 54,91% en 2014;

- ✓ La couverture en services de santé essentiels reste encore faible. Les données n'existent pas pour les services de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- ✓ Les données relatives aux dépenses catastrophiques et aux dépenses d'appauvrissement ne sont pas disponibles ;
- ✓ le retard dans le remboursement des factures au titre de la gratuité des soins est une préoccupation importante pour l'organisation et l'offre des services de santé.

2.3. REALISATIONS ET LECONS APPRISES DU PDS 2011-2015

2.3.1. REALISATIONS DU PDS 2011-2015

1. Résultats relatifs aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Le Niger a fait des progrès substantiels concernant la réduction de la mortalité infanto-juvénile. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 318‰ en 1992 à 126‰ en 2015, pour un objectif national de 106‰ à l'horizon 2015. La mortalité infantile, est passée, quant à elle, de 123 ‰ en 1992 à 51‰ en 2015 pour un objectif de 41‰. Le pays n'est donc pas loin des cibles fixées pour cet OMD.

Des progrès ont également été faits en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle, mais ils restent insuffisants. Le taux de mortalité maternelle au Niger est passé de 700 décès pour cent mille naissances vivantes en 1990 à 520 décès pour cent mille naissances vivantes en 2015, pour un objectif de 175 décès pour cent mille naissances vivantes. La proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a progressé passant de 14,9% en 1992 à 39,7% en 2015. La prévalence contraceptive est passée de 5% en 2006 à 12% en 2012. Les femmes qui ont eu quatre consultations prénatales au cours de leurs grossesses ne représentaient que 33% en 2012.

En ce qui concerne la lutte contre les grandes endémies, on note en revanche que, la lutte contre le VIH/Sida a enregistré des résultats très positifs. La séroprévalence a baissé de manière significative en passant de 0,7% en 2006 à 0,4% en 2012 selon les données des EDSN MICS III et IV. En ce qui concerne le paludisme, son incidence est passée de 6,3% en 2000 à 32% en 2013 et sa létalité est passée de 0,18% en 2006 à 0,1% en 2013. Les taux de dépistage et de guérison de la tuberculose connaissent des progrès, mais qui sont encore inférieurs aux objectifs attendus dans ce domaine. Le taux de succès thérapeutique était de 79% en 2014 pour un objectif de 85% selon l'annuaire statistique 2015.

2. Résultats relatifs aux maladies non transmissibles

Un programme de lutte contre les maladies **non transmissibles** a été mis en place en 2012. et s'occupe essentiellement du diabète, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires chroniques et du cancer.

Très peu des données sont disponibles dans le domaine des maladies non transmissibles. L'enquête STEPS réalisée en 2007 avait déjà montré que la prévalence de l'HTA était de 21,2 %; 4,3% pour le diabète. Celle de la surcharge pondérale 26,5 %; pour obésité 3,8 % et 4,9 % pour les fumeurs de tabac. L'enquête montrait également que plus de 22 % de la population

adulte âgée de 25 à 44 ans, possédait 3 facteurs de risque ou plus, des maladies non transmissibles³⁸.

3. Résultats relatifs à la lutte contre les maladies tropicales négligées

Des progrès importants ont été réalisés dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. En effet, le Niger a abouti à la certification de l'éradication du ver de Guinée par l'OMS en décembre 2013. Il a atteint en 2002 l'objectif de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique ;(moins de 1 cas pour 10 000 habitants : objectif OMS). La prévalence de la lèpre est ainsi passée de 6308 malades en traitement en 1993 à 1026 malades en traitement au 31/12/2002 (soit 0,85 cas pour 10000 habitants).

4. Résultats relatifs à l'organisation du système de santé

Sur le plan de la gouvernance, le gouvernement a mis en place une Inspection Générale des Services de santé pour améliorer la redevabilité dans le secteur de la santé. Des travaux d'actualisation des normes et standards ont été engagés ainsi que des réformes pour un meilleur pilotage de l'ensemble du système de santé. Les plans d'action annuels (PAA) sont élaborés chaque année et évalués lors des revues annuelles sectorielles (CTNS, CNS).

Le financement de la santé par tête d'habitant est passé de 26 à 30 USD même s'il reste encore inférieur aux recommandations de l'OMS (44 USD par habitant et par an). Le Fonds Commun est une expérience positive sur laquelle on peut bâtir l'avenir dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris.

Sur le plan des ressources humaines, des efforts en termes de recrutement du personnel de santé ont été faits tout au long de la mise en œuvre du PDS 2011-2015, même si le problème des effectifs demeure à la fois quantitatif et qualitatif.

Sur le plan des investissements, le gouvernement a transformé des cases de santé en CSI et en a construit d'autres. Le nombre total des nouveaux CSI de 2011 à 2015 est de 99. En plus, 5 blocs opératoires ont été mis en place et/ou rendus fonctionnels, ce qui donne un nombre total de 33 blocs opératoires fonctionnels.

2.3.2. LECONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDS 2011-2015

Les progrès sont possibles pour améliorer la santé de la population nigérienne. Les progrès enregistrés dans la mise en œuvre du PDS 2011-2015 notamment en ce qui concerne la santé des enfants de moins de 5 ans, la lutte contre le VIH/Sida, la lutte contre les maladies tropicales négligées montrent bien que le pays peut faire des avancées significatives dans le sens de l'amélioration de la santé de la population.

La promotion de la santé doit être renforcée pour agir sur les déterminants de la santé. Les résultats enregistrés sur la santé maternelle montrent à quel point il est nécessaire d'agir non seulement en termes d'amélioration de l'accès aux interventions essentielles de santé, mais aussi la nécessité de travailler avec les autres secteurs (éducation des jeunes filles, autonomisation de la femme, réduction des barrières culturelles aux services de santé, etc.). Ceci est tout aussi valable tant dans la lutte contre les maladies transmissibles (assainissement du milieu,

³⁸ République du Niger, MSP/DGS/DGLME. *Mesure des Facteurs de Risque des maladies non transmissibles au Niger (Approche Steps Wise de l'OMS)*. OMS/OOAS, 2008

consommation d'eau potable, etc.) que non transmissibles (hygiène de vie, habitudes alimentaires, etc.).

Le respect des normes est essentiel pour améliorer l'efficacité du financement de la santé.

Les investissements que le gouvernement a faits dans le but d'étendre la couverture sanitaire, n'ont pas atteint leurs objectifs. Ceci s'explique par le fait qu'à l'absence d'une carte sanitaire opposable à tous, les CSI ont été implantés à des endroits non appropriés (dans les aires de santé où il y en avait déjà), ce qui ne profite pas à la couverture sanitaire. L'ensemble des normes et standards du secteur de la santé doit être élaboré et/ou finalisé et devra être opposable à tous.

Les problèmes des ressources humaines nécessitent une approche multisectorielle pour plus d'efficacité.

En effet, la résolution de ces problèmes nécessite l'implication à la fois du MSP, du Ministère en charge des Finances, du Ministère en charge de la Fonction Publique, du Ministère en charge de la Décentralisation et des Collectivités Territoriales.

Un plaidoyer efficace et soutenu est nécessaire afin d'amener l'Etat à respecter ses engagements financiers pris en faveur de la santé. Ce plaidoyer visera le gouvernement et le Parlement.

La gratuité a permis de faire des avancées observées dans l'amélioration de la santé des enfants de moins de 5 ans, mais sa gestion reste préoccupante.

S'il est vrai que la mesure relative à la gratuité a contribué à améliorer la santé des enfants de moins de 5 ans, il est tout aussi vrai que la gestion actuelle de cette mesure nécessite une amélioration ou une réforme importante. Cela pour éviter que l'impact négatif de cette gestion observé ici et là, notamment le retard dans le remboursement des frais liés à la gratuité, les ruptures des stocks des médicaments dans les formations sanitaires, la résurgence de la vente illicite des médicaments, le paiement direct des ménages qui augmente au lieu de baisser, ne se généralise.

Le caractère multisectoriel de la santé en particulier celle de la mère, de l'enfant et de l'adolescent est bien reconnu, mais à ce jour, il n'existe pas encore à l'échelle nationale une coordination multisectorielle pour une gestion efficace.

III. ANALYSE DES PARTIES PRENANTES

1. Les principales parties prenantes au PDS

La mise en œuvre du PDS 2017- 2021 va impliquer plusieurs catégories de bénéficiaires et d'acteurs, directement ou indirectement. De leur interaction positive est attendue la réalisation des objectifs assignés au PDS 2017- 2021. Il s'agit de :

1) La population, bénéficiaire directe:

Les femmes, les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, les personnes handicapées, constituent les cibles primaires du PDS. Elles vont bénéficier directement et équitablement des retombées de l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des services visés à travers la mise en œuvre du présent plan. A terme, le PDS 2017-2021 va entraîner une amélioration de l'état de santé et du bien être des populations nigériennes dans leur ensemble.

Il est attendu de ces populations l'adoption de comportements favorables à la santé, l'accroissement de la demande de soins préventifs et curatifs de base, la participation au

financement de la santé. De façon générale, elles ignorent les objectifs par la politique de santé. Mais elles sont sensibles aux événements telles que la gestion des épidémies, la gestion des conséquences de la maladie (complications, séquelles, mort), la création de structures sanitaires, le financement de la demande en santé (mutuelles, gratuités, etc.).

À travers des groupes de pression (entités politiques, organisations villageoises, particuliers influents, ...), les populations peuvent avoir une influence forte dans la conduite du PDS. Elles peuvent amener les décideurs à prendre des mesures favorables telles que la construction d'infrastructures sanitaires, l'affectation de personnel de santé, l'intervention de tel ou de tel programme de santé en faveur de telle ou de telle localité, par exemple.

2) Les Institutions de la République :

Le gouvernement qui élabore et conduit la Politique Nationale de Santé et le Plan Stratégique qui la met en œuvre.

L'Assemblée Nationale, institution chargée de la législation et du contrôle de l'action gouvernementale, aura comme principaux rôles:

- L'adoption de lois favorables à la Santé Publique
- Le contrôle de la mise en œuvre du PDS

La santé constitue un secteur prioritaire pour les institutions de la République ; le volet santé du programme Renaissance (Acte II) du Président de la République recoupe les objectifs et les actions prévues dans le PDS, notamment en ce qui concerne la réalisation des infrastructures, l'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des soins.

3) Les collectivités territoriales décentralisées (régions et communes), qui sont aujourd'hui dépositaires de 3 compétences dans le domaine de la santé : gestion des ressources humaines, des infrastructures, et des gratuités. Dans la pratique, ces compétences restent encore largement assumées par l'état central. Les collectivités territoriales ont été associées à toutes les phases d'élaboration et de validation de la PNS et du PDS. La santé fait partie des priorités des collectivités territoriales nigériennes, qui figurent en bonne place dans leurs plans de développement. Cependant, il faut déplorer que ces plans soient souvent en décalage avec les plans élaborés par le MSP³⁹. De plus, une certaine compétition peut s'installer entre le MSP et les collectivités territoriales pour la gestion mais surtout le financement des actions de santé. En effet, de façon légitime, ces collectivités territoriales, jeunes pour la plupart cherchent les moyens de se développer dans des environnements caractérisés par la rareté des ressources.

4) Les agents de santé du secteur public : les agents de santé (qui font partie intégrante de la population nigérienne et qui sont, à ce titre, aussi des bénéficiaires directs) sont les principaux acteurs de la politique de santé. Il s'agit de 7647 agents⁴⁰ dont 59% de femmes. Le personnel de santé devra, à travers ses organes de représentation (syndicats, amicales, ordres professionnels, ...) promouvoir les objectifs du PDS ; cependant, il faut noter que la mise en

³⁹ A titre d'exemple, il est noté dans l'analyse de situation que beaucoup de CSI ont été construits par les collectivités territoriales sans tenir compte des priorités de couverture sanitaire du pays.

⁴⁰ Il s'agit des professionnels de santé; l'ensemble des agents du secteur se chiffre à 10 584

œuvre des politiques et l'atteinte des objectifs de santé peuvent être menacées par des intérêts personnels et/ou corporatistes. C'est ainsi que le clientélisme, le népotisme, l'absentéisme, les grèves fréquentes sont autant de facteurs à contrôler pour le succès du PDS 2017-2021.

- 5) **Les agents de santé des secteurs privé et communautaire** : l'offre publique de services de santé est soutenue par un secteur privé encore faiblement représenté au Niger. Il s'agit du secteur privé qui peut être :

- lucratif : cliniques, cabinets médicaux et infirmeries privées
- associatif : ONG, associations à but non lucratif
- confessionnel : CSI musulmans ou chrétiens

Le secteur privé lucratif est composé par les cabinets et cliniques privées, essentiellement implantés dans les grandes villes. Elles sont peu impliquées dans la mise en œuvre du PDS. Le secteur non lucratif est représenté par les ONG, les structures sanitaires confessionnelles. Leur apport dans la réalisation des objectifs de santé est mal maîtrisé. De façon générale, les agents du secteur privé (du moins le secteur lucratif) de la santé ne se sentent pas concernés par les objectifs de santé publique ; les autorités sanitaires peinent souvent à les voir appliquer les normes et standards qu'elles ont défini.

Les agents de santé communautaire par contre, doivent leur existence au système. Ils travaillent étroitement avec les agents de santé publique. Ils constituent des relais de l'action de santé publique, dans les localités où les agents qualifiés ne sont pas suffisamment déployés. Il en est de même des agents des secteurs privés associatif et confessionnel, qui, sous réserve d'une bonne coopération avec les responsables des services de santé (MCD, DRSP) appliquent les programmes de santé.

- 6) **Les agents des secteurs publics connexes** : pour l'atteinte des résultats du PDS, des milliers de personnes agiront dans plusieurs secteurs connexes à la santé : éducation, agriculture et élevage, urbanisme et habitat, jeunesse, sport, fonction publique, ... Leurs actions sur les déterminants de la santé seront essentielles pour l'atteinte des objectifs du PDS dans le cadre de la multisectorialité. Bien que des actions de santé y soient menées, les secteurs publics connexes se situent en général dans une logique verticale, et ne voient pas toujours les interconnexions de leurs actions avec les autres secteurs, dont la santé.
- 7) **Les Organisations de la Société Civile** : les organisations de la société civile, qui sont des organisations citoyennes indépendantes de l'état jouent un rôle de plus en plus important dans la mise en œuvre des politiques de santé. Il est attendu d'elles un rôle de plaidoyer, d'alerte et de veille sur la gouvernance du secteur. Elles établissent des partenariats en fonction des causes qu'elles défendent ; ces dernières années, elles se sont beaucoup impliquées sur des questions comme l'abandon des MGF, la lutte contre le tabac, la lutte contre les cancers féminins, la lutte contre les accidents de la circulation. etc.....
- 8) **Les Organisations Non Gouvernementales** : les ONG participent activement à la mise en œuvre des actions de santé publique, sous l'autorité du MSP. Sur la base d'accords signés avec l'Etat, elles exécutent la politique de santé. Au Niger, elles interviennent principalement

dans le domaine de la SR, nutrition et de la lutte contre les maladies transmissibles. Il est attendu également d'elles une plus grande implication dans la lutte contre les maladies non transmissibles.

- 9) **Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)** : plusieurs acteurs bilatéraux et multilatéraux apportent leur appui à la République du Niger dans la mise en œuvre de sa politique de santé ; il s'agit principalement :
- Partenaires bilatéraux
 - Partenaires multilatéraux

Suivant la déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide qui est le principal document d'orientation de la coopération dans les pays en développement, celle-ci doit se faire dans le respect de 5 principes fondamentaux : alignement, harmonisation, appropriation, Gestion Axée sur les Résultats, responsabilité mutuelle.

2. Analyse de l'influence, des attitudes et de l'intérêt des parties prenantes dans la réalisation des objectifs du PDS

L'implication des parties prenantes du PDS va dépendre de 3 principaux critères :

- Attitude de la partie prenante par rapport aux objectifs du PDS : fermement pour, pour, neutre, contre, fermement contre
- Importance des objectifs du PDS pour la partie prenante considérée : élevée (rouge), moyen (bleu), faible (vert)
- Influence de la partie prenante sur les décideurs : faible, moyenne, élevée

La figure ci-dessous montre la position de chaque partie prenante par rapport aux objectifs du PDS

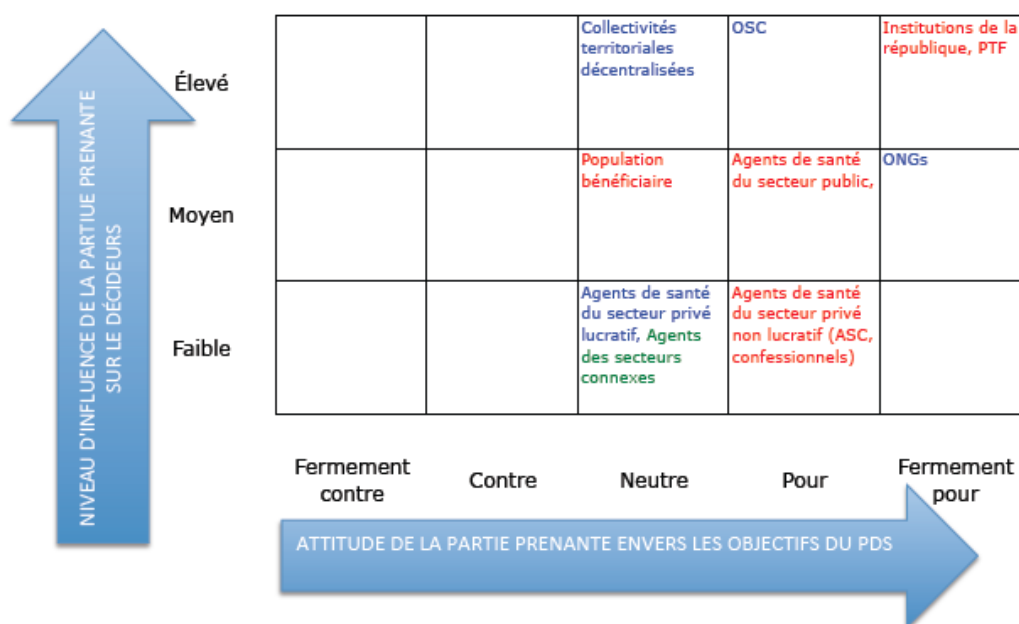


Figure 9: analyse des parties prenantes au PDS

De façon générale, les parties prenantes analysées ci-dessus adhèrent aux objectifs du PDS, malgré des niveaux d'information variables.

- En direction des populations bénéficiaires, un large partage des objectifs et de la démarche du PDS devra être fait. A travers une information de masse (radio, télévision) ou ciblée (affiches, brochures dans les formations sanitaires), le PDS devra leur être expliqué de façon simple et positive. De ce fait, leur adhésion pourra être obtenue plus facilement, et leur influence sur les décideurs, accrue. Des actions de plaidoyer devront être menées envers certaines cibles pour les amener à s'approprier des objectifs du PDS :
- Les agents de santé du secteur public : cette partie prenante devra aussi mieux s'organiser pour accroître son influence sur la réalisation du PDS.
- Les agents de santé du secteur privé doivent être sensibilisés sur la politique nationale de santé.
- Quant aux agents des secteurs connexes, un partage des objectifs et de la démarche du PDS, en augmentant leur niveau d'information, contribuerait ainsi à accroître leur adhésion et l'intérêt porté aux politiques de santé.

IV. RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE (PNS)

4.1. VISION DE LA PNS

Le Niger aspire être une nation moderne et émergente où les citoyens bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation.

4.2. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE

4.2.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de la PNS est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

4.2.2. OBJECTIF SPECIFIQUE

L'objectif spécifique de la PNS consiste à renforcer l'offre de soins et de services de qualité à la population

4.3. FONDEMENTS DE LA PNS

La politique nationale en matière de santé est fondée sur :

1. Le Droit à la santé tel que décrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en son article 25 ;
2. La Constitution de la 7ème République du Niger qui consacre le droit à la santé en ses articles 12, 13 et 153;
3. Les Engagements internationaux et régionaux auxquels le Niger a souscrit en matière de santé ;
4. Les orientations des Autorités politiques (Programme de renaissance du Président de la République Acte II, Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre : DPG- 2016) ;
5. La politique Nationale de Développement Economique et Social.

4.4. VALEURS ET PRINCIPES DE LA PNS

Les principes et valeurs sur lesquels repose la politique nationale de santé sont :

Les valeurs : Solidarité, équité, égalité, justice sociale, intégrité et éthique, respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur les indigents et les autres groupes vulnérables.

Les principes : la mise en œuvre de la politique nationale de santé repose sur les principes directeurs suivants:

- La bonne gouvernance, notamment la redevabilité et la transparence à tous les niveaux du système de santé;
- L'accès universel à des soins et services de qualité ;
- La satisfaction des utilisateurs ;
- La gestion axée sur les résultats ;
- La participation et l'appropriation communautaire;
- La multisectorialité.

4.5. RESULTATS ATTENDUS DE LA PNS

Pour arriver à réaliser l'objectif poursuivi à travers la mise en œuvre de la PNS, les résultats suivants doivent être atteints :

1. L'état de santé de la population est amélioré particulièrement pour les groupes vulnérables ;
2. Le système de santé offrant des prestations de qualité à toute la population est performant;
3. Les capacités des agents des services publics à répondre aux attentes des usagers sont améliorées.

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé va contribuer à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance, à un meilleur bien-être des populations ainsi qu'à la croissance économique nationale.

4.6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour concrétiser la PNS, l'Etat continuera de privilégier la prévention sanitaire, de promouvoir la couverture universelle en santé et de renforcer la gestion du système de santé.

La multisectorialité, notamment dans les domaines du développement des infrastructures, de la nutrition, de la planification familiale, de la santé sexuelle des jeunes et adolescents, de l'hygiène assainissement et des urgences humanitaires, sera une approche privilégiée pour la prise en compte de toutes les activités intersectorielles sous le leadership du Ministère de la Santé Publique.

Les axes stratégiques retenus pour la mise en œuvre de la PNS sont :

1. Renforcement du leadership et de la gouvernance ;
2. Amélioration de l'offre, de la qualité des soins et de la demande des prestations ;
3. Développement des ressources humaines de la santé ;
4. Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.) ;
5. Renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé ;
6. Amélioration du financement de la santé.

V. OBJECTIFS, AXES D'INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES DU PDS 2017-2021

VISION

Le Niger aspire être une nation moderne et émergente où les citoyens bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation.

5.1. OBJECTIFS DU PDS

5.1.1. Objectif global

Contribuer à la promotion du bien-être social de la population en vue de l'atteinte des ODD liés à la santé.

5.1.2. Objectif spécifique

Renforcer la demande et l'offre de soins et de services de qualité à toute la population.

5.2. AXES STRATEGIQUES

- 5.2.1. Amélioration de la gouvernance et du leadership
- 5.2.2. Accroissement des prestations de soins et services de qualité ;
- 5.2.3. Développement des RH ;
- 5.2.4. Financement durable du secteur de la santé ;
- 5.2.5. Gestion adéquate, maintenance, et entretien des équipements et intrant
- 5.2.6. Développement de l'information sanitaire intégrant les nouvelles technologies et de la recherche.

VI STRATEGIES D'INTERVENTION

6.1 AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP

▪ Renforcement de la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats

L'instauration d'un système de gestion axée sur les résultats est une décision nationale inscrite comme un des critères de performance du PDES. Sa mise en œuvre nécessite :

- ✓ une démarche systématique de planification visant à identifier pour chacune des interventions/programmes des résultats mesurables dans le temps conformément aux objectifs programmatiques du PDS/PAA;
- ✓ la mise à disposition des structures/formations sanitaires des ressources nécessaires à la réalisation des résultats attendus ;
- ✓ l'engagement des responsables des formations/structures de santé à réaliser les résultats attendus vis-à-vis de leurs superviseurs immédiats ;
- ✓ la mise en place de mécanismes d'évaluation de la performance obtenue au regard des résultats ;
- ✓ l'application de sanctions positives ou négatives au terme de l'évaluation en fonction des résultats obtenus.

La mise en place du budget-programme en cours de préparation au Ministère de l'Economie et des Finances est une opportunité pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé.

▪ **Renforcement de la coordination entre la planification sectorielle et les PDC**

Une méthodologie de planification et des outils permettant de lier le processus de planification sectorielle (PDSD) à celle des entités territoriales décentralisées seront définis en collaboration avec ces dernières. Tous les acteurs impliqués dans ces processus (acteurs du secteur de la santé, , autres élus locaux, élus régionaux, acteurs communautaires), seront sensibilisés à la fois à la mise en œuvre de cette méthodologie et outils et aux gains qui résulteraient du renforcement de la cohérence entre ces deux approches.

▪ **Renforcement de la coordination des actions et des partenaires**

La coordination et la collaboration intra et intersectorielle ainsi que celle des actions des différents acteurs notamment les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), les Organisations de la Société Civile (OSC), le secteur privé de la santé et les Communautés seront renforcées et inscrites au COMPACT Pays.

Pour renforcer le cadre partenarial, une cellule conjointe de suivi des engagements inscrits au compact Pays sera mise en place

Le suivi périodique conjoint des engagements se fera sous le leadership du Ministère de la Santé Publique,

▪ **Accélération de la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé**

Les domaines qui vont faire objet de transfert vers les collectivités territoriales décentralisées sont : les infrastructures, les ressources humaines et financières et la gestion de la gratuité. La réussite de cette importante réforme du gouvernement nécessite de :

- ✓ Renforcer les capacités des responsables de ces entités ;
- ✓ Faire un suivi de proximité qui devra se faire par le niveau central du Ministère de la Santé Publique, mais aussi par les Ministères en charge de la décentralisation, du Plan et des Finances ;
- ✓ Mettre en place une cellule de suivi de la décentralisation et la déconcentration au MSP sous la coordination du Secrétaire Général.

▪ **Promotion d'un dialogue politique multisectoriel en faveur du secteur de la santé.**

Le cadre de concertation actuel entre le MSP et les PTFs sera mieux restructuré et sa mission étendue à l'organisation du dialogue politique en santé. Cette restructuration consistera à mettre en place les commissions thématiques organisées autour des piliers du système. Chaque

commission comprendra les cadres du MSP (qui en assume la présidence), les cadres d'autres ministères, les PTFs et la Société Civile. Chaque commission aura pour mission de préparer les dossiers à soumettre à des discussions stratégiques et à assurer le suivi de la mise en œuvre des décisions et/ou des recommandations.

▪ **Finalisation de la carte sanitaire**

La carte sanitaire qui est en cours d'élaboration au MSP sera finalisée. Son élaboration impliquera d'autres ministères tels que le Ministère en charge de la décentralisation, les entités territoriales décentralisées (régions et communes), le Ministère en charge du transport, le Ministère en charge du Plan et celui des Finances, les élus locaux, etc. ainsi que le sous-secteur privé.

La carte sanitaire finalisée sera adoptée et les mécanismes de sa mise en œuvre opposables à tous seront vulgarisés.

▪ **Renforcement de l'Inspection Générale de la Santé**

Une IGS forte est nécessaire pour promouvoir la bonne gouvernance et la redevabilité dans le secteur de la santé. Pour ce faire, il faudra :

- ✓ **Renforcer les capacités de l'IGS en ressources humaines dans les différents domaines de compétence** (inspecteurs des finances, inspecteurs pédagogiques, inspecteurs de la médecine du travail...). **Il s'agit** d'augmenter le nombre et de voir les possibilités de faire des réquisitions pour les compétences dont ils ne disposent pas si les textes régissant l'IGS le permettent. L'augmentation du nombre d'inspecteurs pharmaceutiques au sein de l'IGS est nécessaire pour permettre au service de mieux s'occuper de la question relative à la vente illicite des médicaments qui a pris de l'ampleur et des médicaments contre faits devenus un sérieux problème dans la sous-région ;
- ✓ **Renforcer les capacités de l'IGS en matériel roulant** pour améliorer sa mobilité dans l'exercice de sa mission.

▪ **Renforcement des activités d'audit interne et externe**

Il s'agira de réaliser des audits à tous les niveaux et de suivre les recommandations issues des audits.

▪ **Participation communautaire**

- ✓ Poursuite de l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé à travers la consolidation des acquis d'une part et à la mise en place des organes de participation communautaire à tous les niveaux du système de santé,

✓ Mise en œuvre de la stratégie de prise en charge au niveau communautaire qui se fera à travers le renforcement des acteurs communautaires CoGes et CoSan, autres groupements associatifs, PTF et la mise en place d'un réseau d'au moins un relais communautaire pour cinq cent habitants offrant un paquet complet de soins curatif préventif et promotionnel aux populations cibles vivant dans un rayon de plus de 5 km de formation sanitaire encadré par la case de santé/CSI avec l'appui des ONG locales. La mise en œuvre se fera en collaboration avec l'Agence Nigérienne du volontariat pour le Développement des communes et des communautés pour une meilleure coordination avec les autres secteurs. La motivation des relais communautaires se fera conformément aux directives nationales de la sante communautaire et des recommandations du <<Forum national sur la problématique de la motivation des Relais Communautaires >> tenue en Décembre 2015 à travers la contribution des partenaires techniques et l'Etat.

L'approvisionnement en intrants/médicaments des Relais Communautaires intégrera le schéma local d'approvisionnement au niveau district sanitaire à partir du CSI /CS

▪ **Planification, suivi et évaluation**

- La planification se fera sur la base de la gestion axée sur les résultats
- Des plans d'action prioritaires pluri annuels seront élaborés à tous les niveaux
- La poursuite des planifications annuels et le suivi de la mise en œuvre des plans d'action à travers l'organisation des revues conjointes
- L'organisation des supervisions intégrées
- L'organisation des évaluations à mi - parcours et finales du PDS

▪ **Régulation et normalisation**

En matière de régulation et normalisation, un comité technique multisectoriel sous la coordination de la DL sera mis en place en vue de faire le point sur les textes existants et préconiser les nouvelles matières à légiférer pour assurer un fonctionnement optimal du système de santé.

▪ **Amélioration de la communication au sein du MSP**

Un plan sectoriel de communication qui prend en compte à la fois les besoins de la communication interne et externe du MSP sera décliné à partir du plan national de la communication pour le développement (PNCD).

▪ **Documentation, archivage et développement des TIC**

Pour disposer d'une documentation et archivage adéquats, les principales actions ci-dessous seront développées :

- ✓ Mettre en place des unités de documentation-archives au niveau des DRSP et districts ;

- ✓ Informatiser la documentation-archivage au niveau des districts non encore couverts : (Inventaire des documents physiques et électroniques et installation de base de données de gestion et sécurisation des documents-archives avec intégration de fichiers électroniques) ;
- ✓ Mettre à jour la base de données « documentation-archives » au niveau des DRSP et districts couverts ;
- ✓ Informatiser la documentation-archives du niveau central (Collecte des documents physiques et électroniques, traitement, numérisation et mise à jour des bases de données) ;
- ✓ Mettre en ligne sur le site Web et intranet du MSP la « documentation-archives » collectée au niveau central, DRSP et districts.

▪ **Poursuite des réformes sectorielles.**

Au cours de la mise en œuvre du PDS précédent, le Ministère de la Santé a engagé plusieurs réformes⁴¹ dans le secteur de la santé. Pour s'assurer de leur mise en œuvre, le MSP a élaboré une feuille de route de suivi de l'application des réformes qui les met en cohérence et a désigné pour chacune d'elles la structure en charge de coordonner son exécution. **La coordination de la feuille de route est assurée par le Secrétariat Général pour la concrétisation des engagements.**

Sur un total de dix (10) réformes inscrites dans le PDS 2011-2015, trois (3) n'ont pas été réalisées et les autres sont en cours. Celles qui ne sont pas réalisées sont : (i) la création d'un Fonds Social Santé pour le Niger (FSSN), (ii) la mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale (iii) la couverture universelle en santé.

La mise en œuvre de ses réformes ne s'est pas faite sans difficultés. Il s'agit du disfonctionnement du comité de suivi des réformes, de l'insuffisance des ressources humaines compétentes, financières et matérielles.

6.2 AMELIORATION DE L'OFFRE, DE LA QUALITE ET DE LA DEMANDE DES PRESTATIONS

Les actions des domaines retenus pour cette stratégie d'intervention sont : (i) l'extension de la couverture sanitaire, (ii) le renforcement des capacités des formations sanitaires à tous les niveaux, (iii) l'intensification de la lutte contre les maladies transmissibles, (iv) l'intensification

⁴¹ Ces réformes sont : (i) Mise en place des mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique, (ii) le financement basé sur les résultats (FBR), (iii) l'organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS, (iv) la création d'un Fonds Social Santé pour le Niger (FSSN), (v) la mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale (vi) la couverture universelle en santé, (vii) le développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé, (viii) La mise en œuvre d'un dispositif de qualité dans le système de santé et le système de certification et d'accréditation des structures sanitaires, (x) Réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC, (xi) le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services de santé, au travers de la contractualisation, (xii) la création d'un observatoire national de santé.

de la lutte contre les maladies non transmissibles, la promotion de la santé de la Reproduction et, l'amélioration de la demande des soins et services de santé, (v) la mise en œuvre effective du nouveau PMA des cases de santé.

▪ **Extension de la couverture sanitaire et renouveau des SSP**

L'organisation des services de santé au niveau du DS se fera dans le cadre du renouveau des soins de santé primaires pour la mise en place des soins à la fois intégrés, continus et globaux et centrés sur la personne. Ces derniers impliquent une approche holistique de l'organisation et de l'offre des services en lieu et place des approches fragmentées qui mettent l'accès sur la maladie et non sur le malade. La mise en place d'une approche orientée sur la personne nécessite un certain nombre de réformes dont celle de l'équipe cadre du DS qui doit être plus intégrée et polyvalente. A cet effet la composition de l'ECD sera revue. Un membre de l'équipe cadre du DS doit être à mesure de faire une supervision intégrée d'un CSI en s'occupant de l'ensemble des problèmes qui concernent ce dernier.

La couverture sanitaire actuelle va être étendue de 47,47% à 60% d'ici 2021. Cette extension se fera de manière équitable en prenant en compte le niveau actuel de la couverture dans les différentes régions. Les principales actions à mettre en œuvre pour étendre la couverture sanitaire sont : (i) la transformation des cases de santé en CSI, (ii) la construction de nouveaux CSI, (iii) la mise à niveau des CSI existants, (iv) l'intensification des activités mobiles, foraines et d'autres stratégies novatrices.

✓ **Transformation des cases de santé en CSI**

La transformation des cases de santé en CSI entamée lors de la mise en œuvre du PDS 2011-2015 va se poursuivre dans le cadre de l'acte II du Programme de renaissance du Chef de l'Etat pour la période 2017-2021. Au total, 40 cases de santé vont être transformée en CSI de type I sur financement direct de l'Etat.

Les CSI ainsi transformés seront équipés et dotés en personnel de santé pour leur permettre d'offrir aux populations de leur responsabilité les soins de santé conformes aux normes nationales (paquet Minimum d'Activités).

✓ **Transformation des CSI de type I en CSI de type II.**

Dans le cadre du programme du Chef de l'Etat évoqué ci-dessus, 60 CSI de type I vont être tous transformés en CSI de type II qui comprend en plus de tout le plateau technique du CSI de type I, une maternité et un laboratoire.

✓ **Construction de nouveaux CSI**

En fonction de la carte sanitaire qui sera élaborée au cours de la première année de mise en œuvre de ce plan, de nouveaux CSI de type II seront construits et équipés en fonction de la disponibilité des ressources. Leur implantation prendra en compte également le nombre des CSI qui existent dans les DS. Les DS qui disposent de peu de CSI en fonction de la population de leur

responsabilité seront prioritaires. Il en est de même de nouveaux DS issus du récent découpage et qui ne disposent pas d'HD.

La médicalisation de la première ligne des soins de santé qui a été entamée lors de la mise en œuvre du précédent PDS va se poursuivre pour rapprocher davantage les soins de santé de qualité de la population.

✓ **Mise à niveau des CSI existants**

Plusieurs CSI existants n'offrent pas des conditions de travail qui puissent garantir la qualité des soins et services de santé. L'état actuel de leurs infrastructures n'est pas satisfaisant, leur équipement est vétuste et ou insuffisant. Ces CSI vont être réhabilités et leurs équipements renouvelés. Le nombre des CSI à réhabiliter et à équiper chaque année sera fonction des ressources disponibles.

✓ **Intégration du secteur privé**

L'autorisation de l'exercice de la médecine privée est garantie aux termes de la loi N°98-016 portant autorisation de l'exercice privé dans les professions du secteur de la santé. A son article 2, la loi stipule que les professions de santé exercées à titre privé ont pour mission de contribuer à : (i) la promotion de la santé des populations, (ii) l'amélioration de la couverture sanitaire nationale, (iii) la promotion socioéconomique de la population, (iv) la formation du personnel et la recherche en matière de santé. L'adoption et l'application de cette loi seront mises à profit pour étendre la couverture sanitaire par la contractualisation et une meilleure régulation dans l'implantation des services privés.

Les services de santé privé ainsi intégrés bénéficieront d'un renforcement des capacités en terme de formation de leur personnel et des supervisions et inspections de la part des services attitrés en régions et au niveau national.

✓ **Renforcement des stratégies mobiles, foraines et autres stratégies novatrices**

Les populations qui vivent dans des milieux difficiles d'accès ou celles qui ont des modes de vie particulières comme les nomades vont bénéficier des stratégies adaptées pour améliorer leur accessibilité aux soins de santé de qualité. Ces stratégies sont mobiles, avancées y compris la chirurgie foraine. L'expérience récente montre qu'en dépit de la mise en œuvre de ces stratégies avancées, il reste toujours des populations qui n'ont pas accès aux soins de santé. Des stratégies novatrices vont être développées et mises en œuvre pour améliorer l'accessibilité géographique aux soins de santé.

✓ **Renforcement des capacités des formations sanitaires de référence**

De nouvelles formations sanitaires de référence (Hôpitaux de Districts, Centres Hospitaliers Régionaux, Centres Hospitalo-universitaires) vont être construites, celles qui existent verront leurs capacités renforcées pour leur permettre de jouer pleinement leurs rôles. .

✓ **Construction de nouveaux hôpitaux de districts (HD)**

Comme on l'a vu précédemment, le récent découpage des DS qui a fait passer le nombre de ces derniers de 42 à 72 a créé de nouveaux besoins en HD étant donné que chaque DS doit disposer d'un HD. Le nombre de DS sans HD est passé de 9 à 40. Au total, 22 HD seront construits et équipés au cours des 5 prochaines années. Ils seront dotés des blocs opératoires et de tous les autres services qui leur permettront d'offrir les soins de santé de première référence. Trois HD seront construits et équipés sur financement belge (Gotheye, Damagaram Takaya et Gaya), trois autres sur financement de l'Union Européen (Bilma, Bagaroua et Bankilaré). Les 16 autres le seront sur financement de l'Etat.

✓ **Dotation des HD en blocs opératoires**

Sur les 42 anciens DS, 9 ne disposent pas d'HD avec blocs opératoires. Ces HD seront dotés des blocs opératoires pour leur permettre d'offrir les soins de chirurgie essentielle à la population de leur responsabilité

✓ **Construction et réhabilitation des Hôpitaux**

Au cours des 5 prochaines années, le gouvernement va construire un Hôpital National à Tahoua et un à Maradi et transformera l'HD de Tillabéry en CHR.

✓ **Renforcement des capacités des centres de référence à tous les niveaux**

Les formations sanitaires de référence de tous les niveaux (HD, CHR, CHU) seront renforcées selon les besoins qui seront établis par un état des lieux à réaliser au cours de la première année de mise en œuvre de ce plan. Le renforcement des capacités visera à la fois, la réhabilitation, la dotation en équipement, la dotation en personnel ainsi que la formation en cours d'emploi, l'amélioration de l'hygiène hospitalière, l'approvisionnement en eau et en électricité, etc. Ce renforcement des capacités des formations sanitaires de référence va concerner 40% d'HD existant, 50% de CHR.

▪ **Intensification de la lutte contre la maladie**

L'intensification de la lutte contre la maladie va concerner les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées.

▪ **Intensification de la lutte contre les maladies transmissibles**

Les principales maladies transmissibles ciblées sont le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida. L'intensification de la lutte va se focaliser sur l'extension de la disponibilité des services ainsi que l'accroissement de l'indice de leur capacité opérationnelle.

✓ **Lutte contre le Paludisme**

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, l'action va consister à s'assurer de l'extension de la disponibilité des interventions essentielles de lutte (campagne de distribution des MIILDA, traitement préventif intermittent de la femme enceinte, prise en charge des cas simples et graves) dans les formations sanitaires et du renforcement de leur capacité opérationnelle à les offrir.

La capacité opérationnelle qui est actuellement de 68% dans les formations sanitaires pour l'ensemble des interventions de lutte contre le paludisme va être rehaussée à 90%. Pour ce faire, les actions doivent cibler les goulots d'étranglement que sont (i) les directives de lutte notamment celles relatives au TPI doivent être vulgarisées davantage, (i) la formation du personnel au diagnostic et au traitement dans la lutte contre le paludisme, la formation du personnel au TPI.

Les intrants qui interviennent dans la lutte contre le paludisme qui sont : les médicaments de première ligne, les médicaments pour le TPI et la MIILDA seront disponibles à tout moment dans les formations sanitaire pour améliorer leur capacité opérationnelle, etc.

La chimioprophylaxie saisonnière couvrira tous les DS éligibles

L'efficacité de la lutte contre le Paludisme passe par une action multisectorielle coordonnée. En effet, le contrôle du Paludisme ne peut se faire sans une action en amont qui relève de la responsabilité du Ministère en charge de l'environnement et de l'assainissement, de l'urbanisme et les collectivités. Le Ministère de l'Agriculture sera également associé du fait de l'utilisation des insecticides qui peuvent induire de la résistance aux produits utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires.

La recherche sera renforcée pour une meilleure gestion de la résistance aux médicaments et aux insecticides.

✓ **Lutte contre le VIH/Sida**

Dans la lutte contre le VIH/Sida, la disponibilité et la capacité opérationnelle des interventions suivantes seront améliorées : le dépistage et le conseil volontaire, le traitement aux ARV des enfants et des adultes (hommes et femmes), la prise en charge des résistances chez les enfants et les adultes (1ère et 2e intention), la prophylaxie au Cotrimoxazole et le dépistage et prise en charge des IST.

La capacité opérationnelle de l'ensemble des services de dépistage et de counseling, c'est-à-dire que la disponibilité moyenne des éléments traceurs qui interviennent dans le conseil et dépistage est de 78%. Les goulots d'étranglements sont au niveau du personnel formé au conseil et dépistage qui est disponible seulement dans 57% des formations sanitaires et celles des directives relatives à cette intervention qui est disponible dans 71% des formations sanitaires. Des formations seront organisées en faveur du personnel et des directives mises à leur disposition pour améliorer la capacité opérationnelle des services.

Le Niger à l'instar des autres pays a souscrit à divers engagements dans les 3X90. Et pour atteindre cet objectif il faut d'abord dépistée le maximum de personnes vivants avec le VIH. Pour cela l'OMS recommande la combinaison de trois stratégies porteuses il s'agit de : 1) le conseil dépistage à l'initiative du soignant (CDIS), 2) le conseil dépistage communautaires. Aussi

le PDS doit proposer de porter cette stratégie à l'échelle et mettre en place le dépistage et le suivi du traitement des PVVIH au niveau communautaire, parmi les réfugiés et aussi chez les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH : nouvelle cible pour le Niger)

Les services de prescription des ARV seront également renforcés non seulement par la formation du personnel supplémentaire et la mise à disposition des directives, mais aussi en les dotant des intrants et autres ressources nécessaires (matérielles et humaines) pour le suivi biologique des malades sous traitement : analyse de la fonction rénale (16% actuellement), formule sanguine, numération des CD4, analyse de la fonction hépatique, la charge virale à mettre à l'échelle pour le suivi des PVVIH adultes et le diagnostic précoce de VIH chez les enfants exposés suivis dans le cadre de la PTME etc. Les services d'appui au traitement (soins palliatifs pour les douleurs, traitement d'infections opportunistes, etc.) seront également renforcés dans les formations sanitaires. Des nouveaux centres prescripteurs seront créés pour rapprocher les malades aux soins.

✓ **Lutte contre la Tuberculose**

Le MSP dispose de 199 Centres de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose. L'indice de capacité opérationnelle des services de lutte contre la TBC est assez faible (58%). Les goulots d'étranglement dans l'offre de ses services sont identifiés au niveau de la formation du personnel sur la prise en charge de la co-infection (seuls 43% sont formés), de la formation sur le traitement de la TBC-Multi résistante (41%), des directives de traitement de la TBC-Multi résistante (39%) et celle de la prise en charge de la co-infection (56%).

Parmi les principales actions qui seront mise en œuvre dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose on peut citer la mise en place de nouveaux CDT. Ainsi le nombre des CDT passera à 220 au cours de la mise en œuvre du PDS, la mise en place des unités de prise en charge des cas de Tuberculose multi résistante dans les CHR de MARADI, ZINDER et DIFFA. Ces unités renforceront les CDT qui existent dans ces formations sanitaires. Le personnel sera formé à la fois sur la stratégie DOTS, sur la prise en charge de la Tuberculose multi résistante et sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH. La délégation de la prescription des ARV en faveur des infirmiers permettra d'améliorer la prise en charge de la co-infection (prescription des ARV et des tuberculo-statiques dans le même CDT). En dehors des autres stratégies, il sera mis à profit la promotion de la participation communautaire dans le dépistage et le suivi des malades tuberculeux et également la prise en compte du dépistage et du traitement des malades tuberculeux parmi les réfugiés.

Les capacités du Programme de lutte contre la Tuberculose (PNLT) seront renforcées en termes de dotation des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante et des ressources financières pour le fonctionnement du programme. Une assistance technique sera fournie pour préparer le PNLT à jouer un rôle de premier plan dans la gestion des subventions extérieures.

La prise en charge des malades en milieux carcéraux va nécessiter une bonne coordination entre le MSP, les Ministères en charge de la Justice et celui en charge de l'Intérieur.

La lutte contre les maladies transmissibles se fera dans un cadre multisectoriel impliquant les ministères qui ont en charge l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la communication. Ces actions

se feront à la fois dans les formations sanitaires (hygiène hospitalière, approvisionnement des formations sanitaires en eau potable, etc.) et dans la communauté à travers la sensibilisation à hygiène domiciliaire, l'utilisation des toilettes hygiéniques, etc. Le ministère en charge de l'eau et de l'assainissement sera sollicité pour apporter sa contribution en termes d'améliorer l'approvisionnement de la population en eau potable y compris dans le milieu rural, l'évacuation des déchets liquides et solides, etc. La lutte anti vectorielle sera intensifiée.

✓ **Lutte contre les Hépatites virales**

La lutte contre les hépatites virales est un nouveau programme dont la mise en œuvre est en cours par le MSP et cela sur forte recommandation de l'OMS. La première stratégie de lutte a été adoptée par l'assemblée mondiale de la santé en Mai 2016, avec des cibles pour 2020-2035.

Le Ministère de la santé a en perspective la mise en place un programme de lutte contre ces maladies avec une stratégie nationale, La nouvelle stratégie de lutte contre les hépatites comprendra essentiellement 5 volets à savoir : 1) la vaccination, il s'agira d'améliorer la couverture vaccinale en pentavalent et l'introduction de vaccination contre l'hépatite B à la naissance ; 2) la prévention à travers le renforcement de la sécurité transfusionnelle et des injections ; 3) la promotion du dépistage de l'infection à hépatite B et C au sein de la population générale ; 4) l'institutionnalisation de la prise en charge des cas par la formation du personnel soignant et la dotation des centres de prise en charge en médicaments et intrant du bilan de suivi biologique et enfin 5) la surveillance des cas

▪ **Intensification de la lutte contre les maladies non transmissibles**

L'accent sera mis sur la lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques (MRC) et la drépanocytose. Une attention particulière sera mise sur la promotion de la santé pour sensibiliser la population en amont sur les facteurs de risques et sur l'adoption des modes de vie qui réduisent ces derniers (campagne de sensibilisation sur les facteurs de risques, adoption d'une alimentation saine, l'importance de l'activité physique, campagnes de dépistage précoce, etc.). Une coordination multisectorielle impliquant non seulement les secteurs gouvernementaux concernés, mais aussi la société civile et les médias sera nécessaire pour la réussite d'une telle action.

La capacité opérationnelle des formations sanitaires dans la lutte contre les maladies chroniques reste globalement faible du fait que cette lutte est encore en train de s'organiser dans le pays. Elle sera renforcée par l'élaboration et la mise à disposition des formations sanitaires des directives sur le diagnostic et le traitement, la formation du personnel sur la prise en charge des maladies non transmissibles, la mise à disposition du matériel essentiel pour le diagnostic et le traitement et celle des intrants nécessaires.

Les capacités du Programme de Lutte contre les Maladies non transmissibles du MSP seront également renforcées pour lui permettre de remplir sa mission. Il devra travailler en collaboration avec les autres secteurs concernés.

- **Intensification de la lutte contre les maladies tropicales négligées**

L'intensification de la lutte contre les maladies tropicales négligées se fera par le déparasitage dans les formations sanitaires, les établissements scolaires et au cours des campagnes de traitement de masse, notamment pour les enfants et les femmes enceintes, dépistage et prise en charge des complications (éléphantiasis, Hydrocèle...). La formation des agents de santé sera renforcée pour prendre en charge ces complications au niveau décentralisé.

- **Gestion des épidémies et urgences de santé publique**

En matière de gestion des épidémies et urgences de santé publique, le MSP à travers la DSRE mettra en place un Centre des Opérations des Urgences en Santé Publique. La mise en place de ce centre qui fonctionne dans les autres pays de la sous-région est l'une des leçons apprises de l'épidémie d'Ebola qui a frappé un certain nombre de pays. Il permettra au pays de mieux gérer les épidémies éventuelles et d'autres urgences de santé publique en vue d'en diminuer l'impact sur la santé de la population. Le MSP travaillera également à la finalisation du processus d'éradication de la poliomyélite. Enfin, la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte /RSI-2005 sera mise en œuvre. Pour ce faire, 17 points d'entrée seront mis en place en plus des 24 qui existent et qui sont semi-fonctionnels. L'ensemble de ces points d'entrée sera renforcé en infrastructure et outils de travail y compris les moyens de communication.

- **Promotion de la sante de la reproduction**

La promotion de la santé de la reproduction est un domaine multisectoriel qui fera intervenir le MSP à travers l'organisation et l'offre des interventions à haut impact sur la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et du jeune, mais aussi les ministères en charge de l'éducation, le ministère en charge de la population, le ministère du plan, etc. pour agir sur les déterminants qui influent sur la santé des mères.

Dans le secteur de la santé, la promotion de la santé va consister à renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de planification familiale en vue d'étendre les interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

- **Mise en place d'un cadre de coordination multisectorielle pour la SR**

Le gouvernement mettra en place une coordination multisectorielle pour améliorer l'efficacité des actions relatives à la promotion de la santé de la reproduction. Cette coordination comprendra le Ministère en charge de la population, le Ministère de l'Education, le Ministère en charge de la Justice, le Ministère en charge de la culture, les entités territoriales décentralisées, etc. A l'instar de ce qui se fait dans le domaine de la nutrition, les rôles et responsabilités de chaque secteur seront bien définis ainsi que les mécanismes de collaboration transversale.

- **Renforcement des services de planification familiale**

Les actions suivantes seront entreprises pour renforcer l'offre et l'utilisation des services de planification familiale :

- ✓ **Renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle en PF dans les formations sanitaires.** Les actions vont consister à soutenir l'offre actuelle des services pour s'assurer que tout le personnel est formé et que les intrants sont disponibles en permanence dans les formations sanitaires. En plus, le MSP va étendre ces services aux populations qui ne sont pas couvertes par des formations sanitaires à travers les stratégies avancées notamment ;
- ✓ **Renforcer l'information, l'éducation et la communication dans le domaine de la PF.** Une stratégie d'information, d'éducation et de communication est en cours d'élaboration au Ministère en charge de la population. Dans le cadre de la multisectorialité, cette stratégie nationale sera diffusée et le personnel du MSP formé pour sa mise en œuvre. Aussi, **l'accent sera mis sur des stratégies visant un véritable changement de normes sociales en matière de procréation.**
- ✓ **Renforcer la Distribution à base communautaire des intrants de la PF.** Les relais communautaires seront formés et stabilisés (motivés) dans le cadre des résolutions Forum pour l'harmonisation de la motivation des relais communautaires organisé par le ministère en charge du développement communautaire. **Renforcer l'accès aux informations et services de PF notamment par les campagnes d'offre active et la distribution surtout en faveur des jeunes et adolescents.**
 - **Renforcement des services de santé de la mère et du nouveau-né**

Les principales actions qui seront menées en vue de renforcer l'offre et l'utilisation des services de santé de la mère et du nouveau-né sont :

- ✓ **Renforcer la capacité opérationnelle et la qualité des services de santé de la mère et du nouveau-né.** Il s'agira de former le personnel en charge des CPN, d'approvisionner les formations sanitaires en intrants tels que les MIILDA, le **fer acide folique, les ACT, la vit A, les antiparasitaires** et en équipements essentiels pour réaliser systématiquement des tests de d'hémoglobinurie, de protéinurie, etc. qui ne sont pas toujours disponibles dans les formations sanitaires qui offrent les CPN. **Un accent particulier sera porté sur la prise en charge du nouveau-né, à tous les niveaux, afin d'infléchir la tendance. Les soins au cordon ombilical par la Chlorhexidine gel à 7% seront promus. De même que la poursuite des renforcements des capacités sur la réanimation néonatale, la prise en charge de l'hypothermie et de l'hypoglycémie.**
- ✓ **Accroître l'utilisation des services de maternité par l'amélioration de la qualité des prestations et de l'accueil dans les formations sanitaires.** Cette action permettra de faire en sorte que le taux d'accouchement assisté de se rapprocher de la couverture sanitaire en incitant davantage des femmes à accoucher dans les maternités. L'expérience pilote du tutorat des sages-femmes en cours à Tillabéri et Maradi sera mis à l'échelle.
- ✓ **Améliorer la gestion de la gratuité et étendre celle-ci aux accouchements.** Le MSP va prendre des mesures pour une bonne gestion de la mesure de la gratuité notamment en ce qui concerne l'effectivité de la gratuité et la disponibilité des intrants. Les partenaires qui

remboursaient les frais relatifs aux accouchements aux formations sanitaires sont en train de se retirer. Le gouvernement va inclure l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales parmi les interventions faisant objet de la mesure de gratuité.

- ✓ **Renforcer la capacité opérationnelle des sites PTME.** Le Niger compte 932 sites PTME dont 866 sites dans les CSI. Seuls 43 sites ont des prescripteurs des ARV. Une délégation de la fonction de prescription aux infirmiers et sages femmes sera mise en place pour accroître le nombre des sites où les femmes enceintes séropositives peuvent recevoir le traitement **selon l'option B+, recommandée par l'OMS**. le nombre de structures qui font le test de diagnostic précoce (PCR) sera également accru.
- ✓ **Renforcer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB).** La disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires à offrir les soins obstétricaux d'urgence de base vont être améliorés. Les actions vont cibler les goulots d'étranglement pour améliorer la disponibilité de la méthode Kangourou (disponible dans 56% des formations sanitaires), l'évacuation utérine après accouchement (disponible dans 34% des formations sanitaires); la réanimation du nouveau-né (35%) ; l'utilisation des antibiotiques pour la prévention de la septicémie (53%), etc. le personnel sera formé à ces différentes pratiques et les intrants rendus disponibles pour améliorer la qualité des services. La couverture en SONUB sera étendue à tous les CSI de type II qui vont être construits. **Les structures SONUB seront mises à niveau afin de permettre une prise en charge adéquate des complications obstétricales.**
- ✓ **Etendre la couverture des Soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC).** La disponibilité et la capacité des HD à offrir les SONUC seront accrues par la formation du personnel et la mise à disposition des intrants nécessaires. Les médecins seront formés en chirurgie essentielle et 9 blocs opératoires seront installés dans les HD qui n'en disposent pas. La construction de nouveaux HD prévu dans le cadre du Programme de Renaissance du Chef de l'Etat contribuera de manière substantielle à augmenter le nombre des formations sanitaires qui sont capables d'offrir les SONUB.

La référence vers l'HD de tous les cas qui nécessitent une transfusion ou une césarienne sera organisée. Dans les DS qui ne disposent pas encore de blocs opératoires, l'évacuation vers les HD voisins où le CHR/CSME le plus proche sera organisée pour que la transfusion sanguine ou la césarienne soit réalisée en temps utile.

- ✓ **Renforcer la prise en charge de la femme enceinte et de l'enfant au niveau communautaire.** La formation des relais communautaires sera poursuivie sur la reconnaissance des signes de danger chez la femme enceinte.
- ✓ **Renforcer la surveillance des décès maternels et riposte à travers :**
 - La notification des décès au niveau institutionnel et communautaire sera intensifiée ;
 - Les audits cliniques et autopsies verbales seront conduits pour chaque décès;
 - Des revues régulières et à tous les niveaux seront organisées ;
 - Un plan de riposte sera élaboré, mis en œuvre et suivi;

▪ **Renforcement de l'offre des services de la santé de l'enfant**

Toutes les interventions relatives à la mise en œuvre de la stratégie de survie de l'enfant vont être renforcées en termes de disponibilité, de capacité opérationnelle et de qualité. C'est le cas du PEV+, de la PCIME+, de la PTME+, de la supplémentation en Vit A, de la prise en charge de la malnutrition chez les moins de 5 ans selon le protocole national, etc. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de vaccination qui sont déjà bonnes seront davantage renforcées pour amener toutes les formations sanitaires qui vaccinent, à le faire chaque jour.

La PCIME communautaire et les interventions communautaires à haut impact sur la santé de l'enfant vont également être renforcées pour promouvoir les pratiques familiales essentielles (utilisation d'installation sanitaires hygiéniques et élimination hygiénique des déchets solides et liquides, Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, distribution de la MIILDA, utilisation de SRO en cas de diarrhée, lavage des mains après usage des toilettes, utilisation du sel iodé, déparasitage, la promotion de la croissance à assise communautaire, etc.).

.

La capacité opérationnelle des services de vaccination sera renforcée pour accroître la couverture vaccinale. La solarisation de la chaîne de froid qui est en cours va se poursuivre. Le personnel sera formé aux directives du PEV. La supervision sera intensifiée en faveur des DS à faibles performances vaccinales. Le vaccin contre la méningite à méningocoque A sera introduit dans le PEV de routine.

▪ **Renforcement de l'offre des services de santé des jeunes et adolescents**

Les interventions suivantes seront mises en œuvre pour améliorer la santé du jeune enfant et de l'adolescent :

- ✓ **Prévenir les grossesses précoces chez les adolescentes.** Cette intervention sera menée en collaboration avec le Ministère en charge de la population, **de l'enseignement secondaire, de la jeunesse, de l'emploi et de la justice**. Elle consistera à la sensibilisation de la communauté, les parents et les adolescents afin de réduire les mariages précoces.
- ✓ **Etendre les activités des pairs éducateurs.** Les expériences réussies des pairs éducateurs vont être étendues.
- ✓ **Poursuivre l'intégration des services de santé des jeunes dans les paquets des services à tous les niveaux du système de santé.** L'intégration des services de santé des jeunes et des adolescents dans les paquets d'activités à tous les niveaux du système de santé va se poursuivre pour augmenter la disponibilité et la capacité des services. Les interventions qui seront ciblées sont : la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le dépistage volontaire du VIH, le dépistage volontaire de la drépanocytose, la prévention de la grossesse (disponibilité des produits contraceptifs), la prise en charge des conséquences de l'avortement, etc.

D'autres interventions se feront en amont en termes de communication pour le changement des comportements à la fois des jeunes et des parents. Ces interventions auront pour but d'amener les jeunes à adopter un comportement sexuel responsable et à utiliser les services de santé disponibles le cas échéant. Ces interventions nécessitent une action multisectorielle qui implique les médias, la société civile et la communauté.

- ✓ Collaborer avec les jeunes afin de définir les stratégies et interventions d'offre de services adaptés à leurs besoins ;
- ✓ Intégrer l'offre des services de santé reproductive et sexuelle au niveau des infirmeries des écoles, des centres d'écoute etc.
- ✓ Utiliser les NTIC pour diffuser les informations à l'endroit des adolescents et jeunes
- ✓ Réviser et mettre en œuvre le plan stratégique pour la santé des adolescents et jeunes ;

▪ **Renforcement de l'offre des services de santé de l'homme**

La prise en charge des problèmes spécifiques liés à la santé de l'homme fera également objet d'une attention particulière au cours des cinq prochaines années. C'est le cas des problèmes de stérilité, des cancers génitaux, etc. Ces actions nécessitent des directives claires (protocoles thérapeutiques), la disponibilité des intrants appropriés et le renforcement des capacités du personnel en charge d'offrir ces services dans les formations sanitaires.

▪ **Lutte contre la malnutrition**

L'Etat poursuivra ses efforts dans la prévention de la malnutrition et la prise en charge des troubles nutritionnels, s'engage à maintenir des niveaux faibles de surpoids et d'obésité mais aussi à réduire l'incidence des maladies non transmissibles à travers les actions suivantes :

✓ **Renforcement de la capacité des services de prise en charge de la malnutrition**

Il se fera en s'appuyant sur les actions suivantes :

- Augmenter le nombre des CRENI et des CRENAS. Le MSP va saisir l'opportunité qu'offre la construction et/ou la réhabilitation des CSI, des HD, des CHR et des Hôpitaux Nationaux pour augmenter le nombre de CRENI et des CRENAS,
- Elaborer une feuille de route en vue de l'intégration effective des services de prise en charge de la malnutrition dans les services de santé des districts sanitaires. Cette feuille de route sera la première étape de la dévolution de la prise en charge de la malnutrition qui se fera progressivement selon la disponibilité des ressources ;
- Améliorer la qualité des services existants de prise en charge de la malnutrition (formation du personnel, amélioration de la disponibilité des intrants de prise en charge de la malnutrition, amélioration des conditions d'accueil des malades, etc.).

✓ **L'intensification des actions de prévention de la malnutrition**

Elle se fera en se basant sur des stratégies ayant fait leurs preuves. Leur mise en œuvre à grande échelle durant le cycle de vie concernera :

- La santé et la nutrition des adolescentes avant/pendant/après leur grossesse (par exemple: l'éducation nutritionnelle générale et ciblée, la supplémentation en fer-acide folique / en micronutriments multiples) ;
- La santé et la nutrition de la mère pendant la grossesse et l'allaitement (éducation nutritionnelle, satisfaction des besoins caloriques croissants, conseil sur les micronutriments, allègement de la charge de travail) ;
- La promotion des bonnes pratiques en nutrition : la promotion de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, la promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, la prévention des carences en micronutriments, la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et le Suivi de la croissance.

✓ **Développement de la lutte contre le surpoids et l'obésité**

Cette lutte concernera aussi la surnutrition des enfants en plus de celle des adultes. En effet, la population sera sensibilisée sur les facteurs de risques et les déterminants majeurs des maladies non transmissibles notamment en ce qui concerne les conséquences de l'obésité, les maladies cardiovasculaires, la goutte, etc. ce qui permettra de réduire l'incidence des maladies non transmissibles à travers la prévention et le contrôle des maladies liées à la mauvaise alimentation et ses conséquences.

- ✓ **Sécurité alimentaire** : Des actions dans ce sens se font depuis des années, mais il n'existe pas de stratégie nationale son ancrage se fera à cheval entre la DN et la DHP et l'I3N.

Afin d'assurer la sécurité sanitaire des aliments, le Niger a adhéré à la commission internationale du CODEX Alimentarius en 1997. Dans cette optique un arrêté N° 0067/MSP/..... du 18 Mars 1998 portant sur et par une décision N°000500 MSP/DGR/DRH/DAP du 29 décembre 2009 portant sur ont pris.

Le Codex Niger a exclusivement été assuré par les partenaires techniques et financiers rencontre les difficultés de fonctionnement.

Dans le domaine normatif, on constate une insuffisance d'experts et une obsolescence des normes utilisées au niveau du pays. De plus les industries agro-alimentaires ne sollicitent pas l'élaboration de normes auprès de la Direction de la Normalisation, de la Promotion de la Qualité et de la Métrologie (DNPQM). La police sanitaire logée à la Direction de l'Hygiène publique n'arrive pas à bien jouer son rôle par manque de moyens matériels et financiers.

Dans Le présent PDS une stratégie de sécurité sanitaire des aliments sera mise en place avec l'appui technique des partenaires, un plaidoyer au plus haut niveau sera fait afin de créer une ligne budgétaire pour assurer le fonctionnement du comité et celui de ses différents organes. Les activités de la police sanitaire seront également financées par cette même ligne budgétaire ainsi

que la poursuite du processus d'accréditation du Laboratoire National de Santé Publique et Expertise (LANSPEX). La surveillance des maladies d'origine alimentaire sera enfin assurée à travers le système national d'information sanitaire.

▪ **Promotion de la Santé**

Elle se fera à travers le développement de l'approche « la Santé dans Toutes les Politiques » (SdTP) qui met l'accent sur le fait que la santé et le bien être sont en grande partie influencés par des mesures qui sont souvent gérées par des secteurs gouvernementaux autres que celui de la santé. Aussi, pour respecter l'esprit de la Charte d'OTTAWA sur la promotion de la santé, le Ministère de la santé publique mettra en œuvre, en collaboration avec les autres secteurs ministériels cinq paquets d'interventions pour la promotion de la santé, qui sont essentiellement :

- ✓ Faire un plaidoyer pour l'adoption des politiques publiques favorables à la santé
- ✓ Créer des environnements favorables à la santé ;
- ✓ Renforcer la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions de santé ;
- ✓ Réorienter les services de santé pour une plus grande prise en compte des besoins des populations ;
- ✓ Développer l'acquisition, par les individus, d'aptitudes leur permettant de s'impliquer dans la promotion de la santé.

Plus spécifiquement, les axes de collaboration sectorielle et actions suivantes seront ciblées comme priorités du PDS 2017-2021.

- **Collaboration du MSP avec le ministère de l'environnement, le ministère de la ville et de la salubrité**, les actions suivantes dans le cadre de l'amélioration de l'environnement et le cadre de vie des populations seront menées : (i) la mise à l'échelle en milieu rural de la stratégie d'hygiène et assainissement totalement pilotée par la communauté ATPC, (ii) le WASH in NUT, (iii) la gestion et traitement des ordures ménagères et eaux usées en milieu urbain, (vi) l'extension de la couverture en eau potable tant en milieu urbain qu'en milieu rural y compris au niveau de toutes les formations sanitaires non pourvu d'adduction d'eau potable actuellement.
- **Collaboration du MSP avec les ministères en charge de l'éducation et de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant**, les actions suivantes seront conduites : (i) la scolarisation, maintien et réussite de la jeune fille à l'école jusqu'au secondaire premier cycle au minimum au regard des engagements pris par le gouvernement dans ce domaine (école gratuite jusqu'à 16 ans), l'alphabétisation fonctionnelle et le développement des activités génératrices de revenu AGR à l'endroit des femmes en milieu rural.
- **Collaboration du MSP avec le ministère de l'agriculture et de l'élevage, le ministère du transport**, les actions suivantes seront privilégiées : (i) la promotion de la production des aliments à haute valeur nutritive et leur consommation par les communautés pour réduire la dépendance aux produits importés et contribuer à la réduction des carences nutritionnelles et la malnutrition en général.

- **Collaboration du MSP avec le ministère de la justice, le ministère de l'intérieur et le ministère de l'économie et des finances:** (i) l'application des textes réglementaires relatifs aux lois prises dans le domaine de la santé (loi SR, loi VIH, Loi MGF, loi Tabac (usage du tabac dans les places et services publiques) taxes sur les produits nocifs à la santé : tabac, alcool, application arrêté sur les médicaments contrefaits.

✓ **La création d'environnements favorables à la santé**

Il sera renforcé :

- la santé et la sécurité au travail
- la sécurité routière
- la prévention des risques sanitaires liés aux effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines du changement climatique, de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation galopante au Niger
- la santé scolaire et universitaire
- la santé en milieu carcéral

✓ **Le renforcement de la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions de santé**

Au niveau communautaire, la promotion de la santé sera menée à travers:

- un renforcement de la communication active sur les questions de santé ;
- un renforcement du plaidoyer pour l'utilisation des services de santé ;
- le renforcement de la participation communautaire à tous les niveaux .

✓ **La réorientation des services de santé pour une plus grande prise en compte des besoins des populations**

Une nouvelle orientation du milieu des soins sera promue à travers :

- la promotion des principes d'assurance qualité en milieu de soins
- le décloisonnement entre les activités curatives et la prévention(les soins permettant autant de prévenir certains troubles que de promouvoir la santé)
- le développement d'une démocratie dans les milieux de soins avec une plus grande prise en compte de la parole des usagers.
- le développement de la recherche en santé
- le renforcement de la qualité des enseignements dans l'éducation pour prendre en compte la santé
- le renforcement de la qualité des enseignements dans la formation professionnelle en santé

✓ **le développement de l'acquisition, par les individus, d'aptitudes leur permettant de s'impliquer dans la promotion de la santé**

Il s'agira de:

- renforcer les capacités des individus pour comprendre la santé et ses enjeux,
- de clarifier les croyances personnelles et culturelles des populations sur les questions de santé.

Cette démarche sera accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

▪ **Amélioration de la qualité des soins de santé**

Les procédures d'assurance de qualité dans les services publics, privés et communautaires seront introduites pour garantir à la population des soins et services de santé de qualité. Le MSP doit se doter de moyens pour contrôler la qualité dans les services de soins. Les actions prioritaires à mener sont :

- ✓ former et sensibiliser les professionnels de la santé dans toutes les formations sanitaires en commençant par les hôpitaux;
- ✓ installer les brigades d'hygiène et de sécurité hospitalière dans les services de prestations de soins ;
- ✓ instaurer la charte des patients et son respect dans toutes les formations sanitaires ;
- ✓ introduire l'assurance qualité et l'évaluation de la qualité des soins dans les services publics et privés ;
- ✓ instaurer des cercles de qualité dans les hôpitaux, centres de santé et un système d'évaluation par les pairs ;
- ✓ mettre en place le dispositif qualité au niveau des formations sanitaires, laboratoires et des écoles de santé publics privés,
- ✓ instaurer un système d'évaluation de la qualité des soins (les procédures standards, le cercle de qualité) ;
- ✓ opérationnaliser le plan national de référence et de contre référence.

Outre le rôle que devront jouer les structures sanitaires elles-mêmes, le MSP pourra s'ouvrir à la sous-traitance de l'évaluation des soins par contractualisation de services avec des firmes de consultance (nationales ou internationales). Dans ce cas, la DOS, en plus du travail normatif et la formation qui lui incombent, doit être dotée de moyens réels pour le suivi et le contrôle de cette activité.

▪ **Amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé**

L'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé entre dans le cadre de la protection de ces dernières contre le risque financier qui est un axe important de la couverture sanitaire universelle. Selon l'OMS, trois dimensions doivent être abordées pour avancer vers la couverture sanitaire universelle. Il s'agit de la couverture en services de santé essentiels incluant à la fois les services curatifs, préventifs et promotionnels, de la réduction des dépenses directes de santé et de la couverture de la population par les mécanismes de protection contre les risques financiers. Les actions à mener pour les deux autres dimensions de la CUS sont :

- ✓ **Réduire la part des dépenses directes dans la dépense de santé.** Dans le cadre de l'acte II du Programme de Renaissance du Chef de l'Etat, le gouvernement a pris l'engagement de consacrer à la santé chaque année au moins 10% de son budget global. Cette action permettra de réduire la part des ménages dans la dépense de santé et donc celle des dépenses directes dans la dépense de santé. Cette action bien menée permettra théoriquement dès la première année de mise en œuvre du PDS de faire baisser la contribution des ménages à moins de 40% du financement de ce dernier.
- ✓ **Renforcer la couverture de la population par les mécanismes de protection contre les risques financiers.** Plusieurs actions seront menées dans ce domaine. Il s'agira de : (i) consolider les acquis de la mesure de la gratuité en mettant à la disposition des collectivités territoriales les ressources financières devant permettre de faire face à leurs nouvelles responsabilités, (ii) promouvoir les mutuelles de santé notamment pour les populations qui vivent d'une économie informelle, (iii) dynamiser le Fonds Social pour améliorer l'accès financier des indigents et certains groupes spécifiques aux services et soins de santé, (iii) mettre en place un régime obligatoire d'assurance maladie-universelle.

La mise en place d'un régime obligatoire d'assurance maladie universelle est nécessaire dans la mesure où l'expérience de plusieurs pays relatifs aux régimes d'assurances maladies non obligatoires a montré les limites d'une telle approche. Le régime d'assurance maladie universelle une fois en place et fonctionnel va être la principale action de protection des populations contre le risque financier. Il intégrera tous les autres mécanismes existants. Le financement de la gratuité par le gouvernement deviendra l'une des contributions du gouvernement au financement du régime d'assurance maladie universelle au côté de la prise en charge des indigents à travers le Fonds Social.

Une nouvelle feuille de route sera établie pour permettre au gouvernement de mieux coordonner ses efforts en vue de la CUS dans le cadre de la Politique de Protection Sociale qui a été adoptée en 2011. Cette feuille de route mettra de la cohérence entre l'amélioration de la couverture des services essentiels préventifs, promotionnels et curatifs et la protection de la population contre le risque financier. Son élaboration et sa mise en œuvre se fera dans un cadre multisectoriel qui impliquera le MSP, le MEF, le ministère en charge de l'environnement, les collectivités territoriales décentralisées, etc.

6.3 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

- **Elaboration et adoption d'un cadre organique pour le MSP**

Un cadre organique qui définit les emplois, les profils et les effectifs sera élaboré et adopté pour l'ensemble du MSP. Ce cadre organique sera la traduction de la réforme organique du MSP en fonction des besoins de mise en œuvre de la PNS. Pour que sa gestion du cadre organique soit efficace, d'autres outils qui entrent dans la gestion des ressources humaines doivent également être élaborés et/ou actualisés. Il s'agit des normes et standards relatifs aux ressources humaines pour la santé, du référentiel des emplois du secteur de la santé, etc. L'ensemble de ces outils permettra de

passer à une gestion prévisionnelle et stratégique du personnel de santé basée sur les besoins réels en la matière.

L'élaboration du cadre organique se fera en collaboration avec le Ministère en charge de la Fonction Publique, le Ministère du Plan, le Ministère des Finances, le Ministère en charge de la Décentralisation et le Haut-commissariat à la Modernisation de l'Etat.

▪ **Répartition équitable des ressources humaines entre le milieu urbain et rural**

L'établissement de l'équilibre dans la répartition du personnel de santé entre le milieu urbain et rural est la principale priorité dans le domaine des ressources humaines. Elle passe entre autre par la fidélisation de ce dernier en milieu rural. Ce résultat ne peut être obtenu que par une action multisectorielle qui a un double volet. Le premier concerne la régionalisation des postes budgétaires relatifs à la rémunération du personnel et le second concerne l'amélioration des conditions de travail (plateaux techniques) et des conditions de vie des cadres qui sont affectés en milieu rural. La régionalisation des postes budgétaires relatifs à la rémunération du personnel se fera dans le cadre de la décentralisation en cours dans le pays.

Cependant, la régionalisation des postes budgétaires ne peut se faire sans une réforme préalable qui consistera à créer des fonctions publiques territoriales habilités à recevoir les postes qui seront décentralisées de la fonction publique nationale actuelle. Ceci pourra prendre encore du temps. Dans l'entretemps, l'application rigoureuse des textes en vigueur relatifs à la gestion du personnel peut aider à minimiser l'iniquité actuellement observée.

Le MSP va s'assurer que les conditions minimales de travail en termes de plateau technique sont garanties pour créer les conditions nécessaires à la rétention du personnel de santé en milieu rural. Un plaidoyer sera mené dans le cadre du dialogue multisectoriel pour s'assurer de l'amélioration des conditions de vie des cadres qui seront affectés en milieu rural (salaires et indemnités et/ou disponibilité de logement, etc.).

▪ **Accroissement de l'effectif du personnel de santé**

Le recrutement du personnel se fera en fonction des besoins qui seront exprimés dans le cadre organique et les normes actualisées, desquels il faudra soustraire quantitativement le personnel en place. Un comptage physique du personnel en place est donc nécessaire. Ceci permettra de dégager les vrais besoins en termes de recrutement du personnel de santé.

A partir de ce travail, la DRH pourra alors élaborer un plan de recrutement et un plan de formation réalistes qui reposeront sur les besoins tangibles à planifier sur un horizon de moyen terme pour la mise en œuvre du PDS. Ce travail servira de boussole au ministère et servira de base au redéploiement et aux affectations futures. La Direction en charge des ressources humaines mettra en place un système d'information ressources humaines efficace et fiable.

▪ **Amélioration de la qualité des ressources humaines**

L'amélioration de la qualité des ressources humaines concerne à la fois la formation de base et la formation en cours d'emploi. Le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) 2011-2020 sera actualisé pour qu'il prenne en compte les besoins réels de formations pour la mise en œuvre du PDS 2017-2021. Le PDRH actualisé doit découler de l'analyse des résultats de l'évaluation des performances pour servir de levier à la gestion des écarts entre les compétences attendues par l'organisation et les compétences réelles déjà mobilisées. L'identification des besoins de formation se fera en fonction :

- ✓ Des orientations stratégiques du PDS 2017-2021 ;
- ✓ Des écarts de compétence issus de l'appréciation des performances du personnel,
- ✓ Des nouveaux métiers qui se mettent en place du fait des avancées technologiques et biomédicales et,
- ✓ Des défis de santé auxquels le pays fait face et ceux liés à l'évolution du contexte international (agenda de développement durable, etc.).

L'examen unique de certification qui a été initié depuis trois ans ainsi que l'approche par compétences et le système LMD vont se poursuivre pour toutes les écoles. Les stages seront mieux planifiés (nombre des stagiaires en fonction des plateaux techniques disponibles) pour que les stagiaires bénéficient d'un encadrement adéquat. Des Ecoles Nationales de Santé Publique (ENSP) seront créées dans les régions.

Les formations en cours d'emploi intègrent l'ensemble des problèmes de santé de la population y compris les maladies non transmissibles seront privilégiées en lieu et place des formations fragmentées.

▪ **Opérationnalisation du système d'évaluation et de l'avancement du personnel**

Il ne peut y avoir une gestion axée sur les résultats efficaces sans une évaluation formelle de ceux qui ont en charge de produire les résultats par leurs superviseurs immédiats avec possibilité de sanctions positives ou négatives. Une telle évaluation est prévue dans la loi 2007-26 du 23 juillet 2007 portant statut général de la fonction publique de l'Etat. Elle sera réactivée pour soutenir la mise en œuvre du PDS. Cette évaluation nécessite non seulement que le supervisé (responsables de la production des résultats) et le superviseur négocient et s'engagent sur les résultats attendus, mais aussi la mise en place des outils d'évaluation qui doivent être connus par les uns et les autres. Cette évaluation qui sera équitable avec récompense et sanctions constitue une condition de réussite de la gestion axée sur les résultats.

L'adhésion à cette nouvelle culture de travail nécessite de la formation et de la sensibilisation de tous ceux qui seront impliqués dans l'évaluation (supervisés et superviseurs).

6.4 AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES PHYSIQUES ET INTRANTS

▪ **Gestion des ressources matérielles**

Il sera procédé à la mise en œuvre effective des procédures de gestion du matériel. Cette gestion sera adaptée aux nouvelles technologies dont entre autre la mise en place de la Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO) et l'utilisation du logiciel comptable TOMPRO. Ce qui permettra d'assurer un suivi et contrôle efficient des ressources matérielles mises à la disposition des structures.

▪ **Acquisition et maintenance des équipements sanitaires**

La dotation en matériel se fera en fonction des dispositions des normes et standards et en fonction du statut des formations sanitaires.

Le plateau technique des formations sanitaires sera rehaussé et renouvelé en prenant en compte les nouvelles technologies. Des spécialistes du domaine de la maintenance seront formés et affectés selon les besoins.

Le système de maintenance sera restructuré en prenant en compte une externalisation des activités de maintenance. Ce système de maintenance sera issu de la recherche action maintenance en cours.

▪ **Renforcement du cadre juridique du secteur pharmaceutique**

Le renforcement du cadre juridique va consister à s'assurer de l'application de la politique pharmaceutique et à compléter le cadre actuel par des textes nécessaires à l'assainissement du secteur pharmaceutique. L'application efficace du dispositif actuel permettra de résoudre une bonne partie des problèmes qui sont observés comme l'intensification de la vente illicite des médicaments, la circulation des médicaments contrefaits. A terme, le dispositif actuel sera renforcé par l'actualisation de la politique nationale pharmaceutique et la prise d'autres textes pour mieux encadrer le secteur.

Il convient de signaler qu'au vu des problèmes décrits plus haut, le renforcement du cadre juridique du secteur pharmaceutique et surtout de sa mise en application est sans nul doute l'action la plus importante à entreprendre dans le secteur pharmaceutique du Niger dans la mesure où elle conditionne la réussite de toutes les autres actions.

▪ **Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des MEG**

Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement va consister à :

- ✓ **Recapitaliser l'ONPPC.** Le gouvernement mettra à la disposition de l'ONPPC des ressources financières nécessaires pour reconstituer les stocks des médicaments et autres produits de santé. L'ONPPC a besoin de 3 milliards de FCFA pour refaire ses stocks et jouer la mission que lui a confiée le gouvernement en tant que structure chargée d'approvisionner les formations sanitaires en médicaments et autres produits de santé.
- ✓ **Renforcer la capacité de stockage de l'ONPPC et en régions.** Les besoins en termes de stockage des médicaments de l'ONPPC dans ses entrepôts de Niamey 1000 mètres-cubes pour un coût total de 2 milliards de FCFA. Cette augmentation de volume se fera au cours de deux premières années de mise en œuvre du PDS par la réhabilitation de locaux existant, mais aussi par la construction de nouveaux locaux de stockage. Le renforcement des capacités de stockage concernera également la mise à disposition et/ou la construction des locaux pour les pharmacies populaires dans les départements qui n'en disposent pas.

- ✓ **Renforcer la capacité de distribution des médicaments.** L'ONPPC sera dotée de la logistique adaptée et suffisante pour assurer la distribution des médicaments à travers l'ensemble du territoire national.
- ✓ **Améliorer la gestion interne de l'ONPPC et de son circuit de distribution.** L'ONPPC a comme les autres acteurs qui interviennent dans le secteur du médicament besoin d'avoir des ressources humaines compétentes et stables. Elle devra améliorer sa propre gestion notamment en renforçant le suivi de proximité des agents qui travaillent dans les pharmacies populaires pour s'assurer que ces derniers ne contribuent pas à entretenir la vente illicite des médicaments.

▪ **Renforcement de la production locale des médicaments**

Le renforcement de la production locale des médicaments va consister à :

- ✓ Mettre à la disposition de la SONIPHAR des sites propres pour lui permettre de construire progressivement ses unités de production et d'augmenter sa production, ce qui contribuera à la réduction du coût de production des médicaments ;
- ✓ Renouveler et moderniser l'outil de production. Des subventions seront mises à disposition pour assurer la maintenance des équipements ;
- ✓ Renforcer l'autonomie de l'Etablissement dans la gestion de son personnel en mettant à la disposition de ce dernier des ressources financières nécessaires (subventions) pour assurer le recrutement d'un personnel de qualité et à assurer sa formation et sa prise en charge sur le long terme.

▪ **Renforcement du contrôle de qualité des médicaments**

Le renforcement du contrôle de qualité passera par le renforcement des capacités du LANSPEX. En dehors de la mise en application des textes relatifs au contrôle obligatoire des médicaments, des eaux, des aliments et autres produits phytosanitaires, le LANSPEX va bénéficier des interventions suivantes :

- ✓ renforcer les capacités de l'ONPPC et de la SONIPHAR qui va augmenter la demande et donc le volume de ses prestations et à générer davantage des ressources propres ;
- ✓ renouveler l'outil de travail pour permettre de remplir sa mission et de répondre à la demande qui va s'accroître du fait d'une application efficace des textes évoqués ci-dessus et du renforcement des capacités de l'ONPPC et de celles de la SONIPHAR ;
- ✓ Comme pour la SONIPHAR, le LANSPEX bénéficiera d'une plus grande autonomie dans la gestion de son personnel en termes de mise à disposition des subventions pour le recrutement, la formation et la prise en charge de ce personnel ;
- ✓ Le gouvernement apportera son appui tant financier que technique pour obtenir une accréditation internationale du LANSPEX. Cette intervention permettra au Laboratoire d'étendre sa clientèle aux organisations internationales.

▪ **Disponibilité en médicaments, sang et dérivés de qualité dans les formations sanitaires**

Le gouvernement va améliorer la gestion de la gratuité ce qui permettra aux formations sanitaires de disposer des ressources financières pour se réapprovisionner dans le circuit officiel.

L'amélioration de la disponibilité des médicaments concerne aussi les situations d'urgence. L'utilisation de ces fonds destiné au pré-positionnement des médicaments et vaccins et de suivi réel des mouvements des stocks doit être rationalisée. Les stocks seront constitués sur la base d'une analyse épidémiologique et l'utilisation de modèles prédictifs valides et le rationnement des médicaments pré positionnés vont permettre d'amorcer une riposte efficace au début d'éventuelles épidémies. Afin de rendre plus efficace l'utilisation de ces fonds, un travail structuré autour de l'amélioration de la gestion des médicaments et vaccins pour les épidémies impliquant la DSRE, la DI la DPH/MT et au besoin l'ONPPC s'avère nécessaire à réaliser dans un bref délai.

La sécurité transfusionnelle sera assurée par la mise à disposition des intrants, du sang et des dérivés sanguins dans les formations sanitaires.

▪ **Intensification de la lutte contre la vente illicite des médicaments et des médicaments contrefaits**

La lutte contre la vente illicite des médicaments et celle des médicaments contrefaits nécessite un certain nombre de mesures parmi lesquelles on peut citer :

- ✓ Actualiser et renforcer le cadre juridique du secteur pharmaceutique avec possibilité de criminaliser la vente illicite des médicaments et la contrefaçon dans le domaine pharmaceutique;
- ✓ Renforcer la branche pharmaceutique de l'Inspection Générale de la Santé en termes de ressources, mais aussi de pouvoir des sanctions jusqu'à un certain niveau. Ce renforcement devra permettre à l'inspection pharmaceutique d'étendre son action au-delà des structures de l'administration de la santé;
- ✓ Mettre en place une coordination multisectorielle de lutte contre la vente illicite des médicaments et des médicaments contrefaits comprenant, le MSP, le Ministère du Plan, le Ministère des Finances, le Ministère de la Justice, le Ministère du commerce, la Police Nationale, les services de douanes, les associations des consommateurs, etc. ;
- ✓ Mettre en place un système national d'approvisionnement et de distribution performant, capable de répondre à la demande de plus en plus croissante avec des médicaments de qualité et à des prix abordables ;
- ✓ Mettre en place un cadre institutionnel permanent de coopération et d'échanges d'informations et des données à la fois au niveau national et sous régional qui impliquera les acteurs gouvernementaux, parlementaires, les associations des consommateurs, les services de douanes, la police, les partenaires qui interviennent dans le secteur, etc.

▪ **Mise en place d'une agence du médicament**

A termes, à l'instar des autres pays de la sous-région, le gouvernement envisagera de mettre en place une agence du médicament. Cette agence sera autonome. Elle aura pour mission l'homologation et l'importation. L'inspection et le contrôle de qualité des médicaments seront assurés respectivement par l'IGS et le LANSPEX.

▪ **Renforcement de la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle**

L'ampleur des problèmes que rencontre le secteur pharmaceutique sont tels que le MSP a besoin d'une Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle renforcée à la fois au niveau institutionnel et interne (qualité et quantité du personnel). En effet, sa position actuelle dans l'organigramme du MSP ne lui permet toujours pas de jouer le rôle qui est le sien et de porter en temps utiles les problèmes du secteur au niveau approprié pour des solutions efficaces. En plus de ses fonctions classiques de délivrance des autorisations de mise en consommation et d'autorisation d'exercice professionnel, la DPH/MT devra être renforcée pour exercer une fonction d'observatoire du médicament avec la réalisation d'enquêtes sur la consommation en médicaments, le coût moyen des ordonnances, les prix des médicaments sur les différents marchés et les mouvements des stocks géographiques de médicaments traceurs, etc.

▪ **Renforcement des capacités des services sur les technologies de production des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA)**

- ✓ Renforcer les capacités des structures impliquées dans la production des MTA en matière de nouvelles technologies ;
- ✓ Renforcer la collaboration entre les structures de production des MTA et les institutions de recherche dans le domaine.

▪ **Encadrement des tradipraticiens dans l'organisation de la filière MT**

- ✓ Actualiser la liste des tradipraticiens du Niger ;
- ✓ Mettre en place un cadre de concertation entre le MSP et les Associations des Tradipraticiens du Niger (ATPN).

6.5 RENFORCEMENT DE L'INFORMATION SANITAIRE ET DE LA RECHERCHE EN SANTE

▪ **Renforcement de l'information sanitaire**

La création de la Direction des Statistiques en tant que l'une des Directions d'appui en la séparant de la Direction de la Surveillance épidémiologique et la concomitance de la création systématique de direction des statistiques dans tous les départements ministériels constituent une importante opportunité pour le développement du système d'information sanitaire dans un cadre multisectoriel de développement de l'information au niveau national.

Au niveau sectoriel l'objectif est de rendre le système d'information sanitaire plus intégré, fiable, sécurisé et capable de générer une information en temps réel utile pour la prise de décision. Parmi les principales actions à entreprendre pour les prochaines années on peut citer :

- ✓ développer une stratégie nationale d'information intégrant les besoins des services à tous les niveaux du système et ceux des partenaires du secteur en termes de suivi de l'impact

des actions menées, de connaissance des ressources humaines, matérielles et financières disponibles dans le secteur ;

- ✓ Actualiser les outils de collecte des données en vue de réduire la fragmentation et la multiplication des outils actuellement observées sur le terrain. Ces outils prendront en compte les besoins du sous-secteur privé ;
- ✓ Renforcer la retro-information qui permettra d'alimenter les tableaux de bord au niveau du cabinet du Ministre, du Secrétariat Général, des différentes Directions Générales, des directions techniques et des services déconcentrés.
- ✓ Développer et interconnecter les réseaux de collecte des données

▪ **Renforcement de la recherche en santé**

La mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé (2008) exige le renforcement des capacités du MSP notamment le cadre institutionnel de la recherche, la formation des cadres en recherche action et la diffusion régulière des résultats de recherche auprès d'une large cible constituée du personnel académique, les praticiens de santé publique du secteur public et privé. Un organe consultatif sur la recherche existe au sein du MSP, mais son fonctionnement reste à améliorer. Ainsi la recherche sera organisée, développée et promue comme outils d'aide à la décision. Pour ce faire, les principales actions suivantes seront entreprises dans le domaine de la recherche. Ce sont :

- ✓ Redynamiser l'organe consultatif sur la recherche ;
- ✓ Développer et adopter une stratégie nationale de la recherche pour développer une approche plus systématique et continue de réalisation des travaux de recherche;
- ✓ Renforcer les capacités de l'Institut National de Santé Publique en matière de recherche;
- ✓ Orienter les thèmes de recherche en fonction des principaux problèmes de santé de la population et des besoins du système de santé ;
- ✓ Organiser la diffusion des résultats des travaux de recherche ;
- ✓ Organiser un système de récompense des meilleurs travaux de recherche ;
- ✓ Former les agents à tous les niveaux dans le domaine de la recherche action ;
- ✓ Accorder un budget conséquent à la recherche en santé.

6.6 ACCROISSEMENT DURABLE DU FINANCEMENT DE LA SANTE

▪ **Accroissement du budget de l'Etat consacré à la santé**

Le gouvernement s'est engagé à travers l'acte II du Programme de Renaissance du Président de la République, à consacrer 10% du budget de l'Etat à la santé jusqu'en 2020. Un plaidoyer soutenu sera fait au niveau de l'autorité budgétaire qui est l'Assemblée Nationale et le Ministère des Finances sur toute la durée de mise en œuvre du PDS pour que l'engagement du gouvernement soit tenu.

▪ **Accroissement des budgets des collectivités territoriales consacrés à la santé**

Un effort particulier sera fait pour permettre aux collectivités territoriales de mobiliser davantage des ressources financières pour respecter leurs engagements qui consistent à contribuer au

financement de la santé à concurrence de 8% de leur budget. Cet effort va cibler : (i) le transfert des ressources de l'Etat vers les collectivités territoriales qui doit être effectif et, (ii) l'amélioration de la capacité des collectivités territoriales à mobiliser les ressources à travers les impôts et taxes locales. Un tel effort doit s'inscrire dans le cadre d'un dialogue impliquant les Ministères en charge de la Santé Publique, de l'Economie et des Finances et de la Décentralisation. Il est d'autant plus important que les collectivités territoriales conformément aux récentes orientations gouvernementales seront en charge la gestion de la gratuité pour la population qui relève de leurs responsabilités.

▪ **Mise en place de mécanismes de financements innovants pour la santé**

Le gouvernement a déjà mis en place un certain nombre de financements innovants dans le pays. Un plaidoyer sera mené pour qu'une partie de ce financement soit alloué au secteur de la santé. En plus d'autres financements innovants seront mis en place pour augmenter l'espace fiscal destiné au secteur de la santé. Ceci permettra au gouvernement non seulement de disposer davantage des ressources pour faire face à ses engagements internationaux en faveur de la santé, mais aussi à satisfaire à ses engagements intérieurs dont ceux relatifs au transfert des ressources vers les collectivités territoriales.

✓ **Renforcer le fonds commun**

Il constitue un outil précieux d'acheminement de l'aide extérieur dans le secteur de la santé. Un dialogue sera entrepris avec les partenaires au développement qui interviennent dans le secteur de la santé à travers les approches projets pour les inciter à rejoindre le Fonds Commun. Un deuxième niveau de plaidoyer sera fait pour qu'au sein du Fonds Commun, les fonds fongibles soient privilégiés aux fonds ciblés. En effet, les fonds fongibles sont plus adaptés au contexte de l'ODD 3 qui nécessite une approche holistique dans la résolution des problèmes de santé.

Le gouvernement engagera des discussions pour qu'un Compact soit signé avec les partenaires au développement pour mieux encadrer l'aide au développement destiné au secteur de la santé. Le nouveau Compact définira entre-autre : (i) les modalités de suivi & évaluation des engagements des uns et des autres à travers ce dernier (Compact), (ii) les réformes que le gouvernement devra engager pour créer les conditions d'un passage à l'appui budgétaire sectoriel ou global pour les partenaires au développement qui le peuvent, étant entendu que le Fonds Commun est une modalité transitoire dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris.

✓ **Améliorer les capacités d'absorption des crédits accordés au MSP**

L'amélioration de la capacité d'absorption des crédits alloués au MSP est une impérieuse nécessité dans un contexte caractérisé par des ressources limitées et des besoins de financement du secteur de la santé de plus en plus importants. Elle concernera de façon générale tous les crédits alloués au MSP, mais de façon plus particulière le budget d'investissement dont le taux d'absorption est le plus bas. Les capacités des bénéficiaires des allocations budgétaires et des agents en charge de la gestion budgétaire au sein du MSP seront renforcées (gestion budgétaire, suivi de l'exécution budgétaire, procédures du Ministère de l'Economie et des Finances, etc.). Une attention particulière sera portée sur la vigilance des bénéficiaires par rapport au niveau

d'exécution des budgets, sur un suivi rigoureux et un rapportage régulier et fiable de l'utilisation des allocations par centre budgétaire. L'institution d'un mécanisme de consultation périodique de suivi de l'exécution du budget (trimestrielle par exemple) et d'un système de rappel périodique systématique à l'attention des responsables de centres budgétaires complétera ce dispositif.

✓ **Améliorer l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources existantes**

Les efforts relatifs à l'augmentation des ressources domestiques et internationales ne suffiront pas à elles seules s'ils ne sont pas combinés à une rationalisation des ressources existantes. La notion qui consiste à produire plus de santé avec les ressources existantes conformément à la Déclaration Conjointe des Ministres des Finances et de la Santé en Afrique doit être valorisée dans le secteur de la santé au Niger.

L'amélioration de l'efficience dans le secteur passe par plusieurs actions parmi lesquelles on peut citer : (i) le respect des normes, standards du secteur de la santé et de la carte sanitaire pour éviter par exemple l'implantation des structures de santé (CSI) les unes à côté des autres sans gain réel en termes de couverture sanitaire, (ii), la prise en compte du sous-secteur privé dans la carte sanitaire nationale, (iii) le choix d'interventions à haut impact sur la santé de la population, (iv) la réduction de la fragmentation de l'aide internationale et de la duplication qui en résulte (l'alignement au Fonds Commun peut contribuer à ce résultat) ; (iv) la réduction des coûts de transaction de l'aide notamment ceux liés aux fonds globaux pour la santé.

L'allégement des procédures de passation des marchés et/ou l'utilisation des partenaires privés dans la mise en place des infrastructures sanitaires permettront d'améliorer le taux d'exécution du budget de l'Etat consacré aux investissements.

VII. CHAÎNE DES RESULTATS ET CADRE LOGIQUE

7.1. CHAÎNE DES RESULTATS

La chaîne des résultats est un ensemble de résultats obtenus dans le temps et liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Ainsi, l'enchaînement de la chaîne des résultats est composé d'un résultat d'impact, cinq résultats d'effet et huit produits. Ces différents résultats sont contenus dans le tableau ci-dessous.

Tableau III: Chaîne des résultats

RESULTATS A COURT TERME	RESULTATS A MOYEN TERME (Effets)	RESULTATS A LONG TERME (Impacts)
1. La couverture sanitaire est améliorée	1. La couverture en services de santé essentiels curatifs, préventifs et promotionnels est améliorée	La santé de la population est améliorée au Niger
2. La disponibilité des services de santé maternelle, infantile des jeunes et adolescents est améliorée		
3. La disponibilité des services de lutte contre les maladies transmissibles est améliorée		
4. La qualité et la sécurité des soins et services de santé sont améliorées		
1. Les mécanismes de protection contre le risque financier sont renforcés	2. L'équité dans l'utilisation des services de santé par la population est renforcée	
1. La disponibilité des services de lutte contre les maladies non transmissibles est améliorée	3. La prévalence des facteurs de risques sanitaires comportementaux est réduite	
2. La lutte contre la malnutrition est renforcée		
1. Les mécanismes de protection contre le risque financier sont renforcés	4. La population couverte par les mécanismes de protection contre le risque financier est augmentée	
1 La sécurité sanitaire est améliorée (RSI)	5. La résilience du système de santé est renforcée	
2 La lutte contre la malnutrition est renforcée		
3 La disponibilité des services de lutte contre les maladies transmissibles est améliorée		

7.2. CADRE LOGIQUE

C'est un tableau synoptique qui présente la chaîne des résultats, les indicateurs de performance, les sources et moyens de vérification, les hypothèses et les risques. Il découle de l'analyse de la situation et facilite la mise en œuvre et le suivi évaluation du PDS.

La Matrice du cadre logique axé sur les résultats est articulée comme suit :

Tableau IV : Matrice du cadre logique

Hiérarchie des résultats	Indicateurs des performances	Valeurs de base (2015)	Cible 2021	Source de vérification	Hypothèses	Risques
Impact						
La santé de la population est améliorée au Niger	Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 NV)	126	57	EDSN		
	Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000 NV)	520	376			
	Taux de mortalité néo natale (pour 1000 NV)	24	14,8			
	Prévalence du diabète	4,30%		Enquête STEPS		
	Prévalence du VIH/SIDA	0,4%				
	Prévalence de la drépanocytose	ND	2%			
	Prévalence de l’Hypertension artérielle (HTA)	21,20%	15%			

Hiérarchie des résultats	Indicateurs des performances	Valeurs de base	Cible 2020	Source de vérification	Hypothèses	Risques
Effets						
La couverture en services de santé essentiels curatifs, préventifs et promotionnels est améliorée	Taux d'utilisation des services curatifs	54,92%	75%	Annuaire statistiques	HYPO1 : Stabilité sociopolitique renforcée Hypo 2 : Sécurité des personnes HYPO 3 : Environnement salubre (ménagers) HYPO 4 : Adhésion de la population aux actions du PDS	RISQUE: <i>Crise politique</i> <i>Crise sociale</i> RISQUE <i>Déplacement massif de la population</i> RISQUE : <i>Pollution de l'environnement (air eau, Déchets industriels Déchets</i> RISQUE : <i>Réticence de la population à certaines actions de santé</i> <i>Résistance au changement de comportements néfastes à la santé</i>
	Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés)	52%	75%	EDSN		
	% d'enfants de 0-11 moins ayant reçu la totalité des vaccins en respectant leur calendrier	44%				
	Taux de couverture en vaccin contre le Papilloma Virus Humain (PVH) chez les adolescentes (9 à 13 ans)	ND				
	Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	68,10%	90%			
	Taux de VAT2 et plus chez les femmes enceintes	49,50%				
	Taux d'utilisation de la CPN4	33%		Annuaire statistiques		
	Taux de couverture eb en consultation nourrissons (0-11 mois)	82,07%				
	Taux d'utilisation de la PF	24,18%	50%			
	Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans	14,80%	< 10%	ENQUETE NUTRITION SMART		
	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans	45,50%	25%			
	Prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) Effet	45,80%	30%			
	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	25,72%	< 5%	Rapport spécifique (ULSS)		
	Proportion des PvVIH sous ARV	33,14%	90%			
	% de femmes enceintes dormant sous MILDA	20%	80%	EDSN		
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDA	24%	80%			
	Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000)	8419		Aide mémoire		
	Proportion de cas de paludisme confirmés par les tests de microscopie (GE, DP, TDR & Frottis)	63,37%	80%	Rapport spécifique PNLT		
	Proportion des cas de TB /VIH positif qui sont sous ARV	2,10%	10%			
	Taux de la prévalence de la lèpre: 0,20/10 000 hbts à	0,20/1000	0,10/1000	Enquete		

	Le taux d'infirmité de second degré parmi les nouveaux cas de la lèpre	25,23%	10%	Annuaire		
	☐ Taux de couverture du traitement contre les MTN: de 65% à 90%	65%	90%	Annuaire statistique		

Hiérarchie des résultats	Indicateurs des performances	Valeurs de base	Cible 2020	Source de vérification	Hypothèses	Risques
Effets						
L'équité dans l'utilisation des services de santé par la population est renforcée	Taux d'utilisation des services curatifs en fonction du sexe, du milieu de résidence et du revenu des ménages	ND		EDSN		
	Taux de couverture vaccinale en fonction du sexe, du milieu de résidence et du revenu des ménages	ND				
	Taux d'utilisation de la CPN4 en fonction du milieu de résidence et du revenu des ménages	ND				
	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié en fonction du milieu de résidence et du revenu des ménages	ND				
La prévalence des facteurs de risques sanitaires comportementaux est réduite	% des personnes atteintes d'obésité par tranche d'âge (IMC>25)	ND		Enquête STEPS		
	Pourcentage des consommateurs des fruits et légumes en portions par jour chez les hommes et les femmes	ND				
	Pourcentage de personnes ne faisant aucune activité physique intense pour le loisir parmi les interrogés	ND				
	La proportion des non-fumeurs	ND				
	Proportion de personnes de 15 ans et plus consommant les psychotropes	ND				
	Taux d'allaitement maternel exclusif (AME)	23%	50%	EDSN		
	Proportion des ménages utilisant du sel adéquatement iodé	Test rapide : 20,9%	Test rapide : 50%			
La population couverte par les mécanismes de protection contre le risque financier est augmentée	% de paiement direct dans les dépenses totales de santé	54,91%	35%	CNS		
	Part des ménages protégés contre les dépenses catastrophiques ventilée par quintile de richesse, de lieux de résidence et de sexe	ND		Enquêtes ménages		
	Part des ménages protégés contre l'appauvrissement ventilée par quintile de richesse, lieu de résidence et sexe.	ND				

La résilience du système de santé est renforcée	Taux de décès dû aux maladies climato sensible (paludisme, méningite, choléra et rougeole)	0,08%; 12,23%; 3,89%; 0,37%		Annuaire statistiques		
	Proportion de la population prise en charge suite à la survenue des catastrophes	ND				

Hiérarchie des résultats	Indicateurs des performances	Valeurs de base	Cible 2020	Source de vérification	Hypothèses	Risques
Extrants/produits						
La couverture sanitaire est améliorée	% de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM	47,48%	65%		HYPO 5 :	RISQUE Faible alignement de certains PTF aux priorités du PDS
La disponibilité des services de santé maternelle, infantile des jeunes et adolescents est améliorée	% des formations sanitaires qui offre les services de soins préventifs et curatifs des enfants hors vaccination	98%		Enquête SARA		
	% des formations sanitaires qui offrent les services de santé de la reproduction pour les jeunes et les adolescents	96%				
	% des formations sanitaires qui offrent les services de santé de planification familiale	96%				
	% des formations sanitaires qui offrent des services de vaccination de routine	92%				
	% des formations sanitaires qui offrent les services de SONUB	89%				
	% des formations sanitaires qui offrent le SONUC	43%				
	% des formations sanitaires qui offrent les services des CPN	93%				
	La disponibilité des services de lutte contre les maladies transmissibles est améliorée	Proportion d'épidémies confirmées ayant fait l'objet de riposte selon les directives de l'OMS	100%		100%	Accompagnement des PTF
% des formations sanitaires qui offrent les services de conseil et dépistage du VIH/SIDA		Score moyen 63%				
Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et faisant le dosage des CD4		18%	Voir ULSS	Rapport spécifique ULSS		
Pourcentage d'établissements de santé dispensant des services PTME		75%		Enquête SARA		
Nombre de campagnes de distribution de masse de MILDA						
Nombre de séances de lutte anti vectorielle menées						
Nombre d'enquête sur la résistance des moustiques aux insecticides mené						
	% des formations sanitaires sans rupture des TDR au cours	86%	100%			

[illegible]

	prise en charge des maladies respiratoires chroniques (MRC)		coord onateu r MNT			
	% des formations sanitaires qui offrent les services de dépistage du cancer	Voir coordonate ur MNT	Voir coord onateu r MNT			
	Nombre de structures qui font le diagnostic anatomopathologique du cancer	Voir coordonate ur MNT	Voir coord onateu r MNT			
	Nombre des formations sanitaires qui offrent les services de traitement du cancer	Voir coordonate ur MNT	Voir coord onateu r MNT			
La qualité et la sécurité des soins et services de santé sont améliorées	% des formations sanitaires qui ont mis en place des approches d'assurance qualité	DOS	DOS			
	% des formations sanitaires, Laboratoires d'analyse et Ecoles de formation en santé ayant mis en place un dispositif qualité, accréditation	DGSP	DGSP			
	Taux de mortalité néonatale* précoce intra hospitalière	DS	DSME			
	Taux de mortalité intra hospitalière	DS	DOS			
	Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	DS	DSME			
La lutte contre la malnutrition est renforcée	Proportion de centres de santé ayant le dispositif de prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère sans complications (CRENAS)	DN	DN	DN		

HYPOTHÈSE 9 :

Sécurisation des personnes et des biens

Difficile accès aux structures sanitaires dans certaines zones d'insécurité ;
Réticence des cadres de la santé à servir dans certaines zones d'insécurité

HYPOTHÈSE 10 :

sécurité alimentaire assurée

RISQUE :

Crise alimentaire

	Taux de dépistage et de prise en charge d'enfants souffrant de sous-nutrition	DN	DN	DN
	Pourcentage d'enfants de moins d'un an vus en consultation nourrissons ayant une fiche de croissance à jour et ayant bénéficié des conseils en nutrition	DN	DN	DN
	Proportion des hôpitaux ayant un dispositif de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications selon les normes(CRENI)	DN	DN	DN
Les mécanismes de protection contre le risque financier sont renforcés	% de la population qui adhère au régime d'assurance maladie universelle	DEP	DEP	Enquêtes ménages
	% des indigents qui bénéficient des subventions des soins de santé	DEP	DEP	
	% des cibles de la gratuité qui bénéficient de subventions des soins de santé	DEP	DEP	
	% de la population qui adhère aux mutuelles de santé	DEP	DEP	Rapports des mutuelles
	Proportion de centre de santé qui reçoivent le remboursement des frais de la gratuité selon les délais convenus dans les procédures	DEP	DEP	
La sécurité sanitaire est améliorée (RSI)	Nombre de nouveaux cas par année de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du RSI	DSRE	DSRE	DSRE
	Pourcentage des attributs des 13 principales capacités requises par le RSI qui ont été atteints à un moment précis ⁴²	DSRE	DSRE	DSRE
	Nombre de nouveaux cas par année d'autres maladies à déclaration obligatoire (maladies susceptibles de causer un impact important sur la santé publique et de se propager rapidement au niveau international)	DSRE	DSRE	DSRE

⁴² . Les 13 principales capacités requises sont les suivantes : (1) Législation nationale, politiques et financement, (2) Coordination et communications au niveau du point focal national, (3) Surveillance, (4) Action, (5) Préparation, (6) Communication du risque, (7) Ressources humaines, (8) Services de laboratoire, (9) Points d'entrée, (10) Événements liés à des zoonoses, (11) Sécurité sanitaire des aliments, (12) Événements chimiques, (13) Urgences liées aux rayonnements

VIII. DÉTERMINATION DES PROGRAMMES

Trois(3) programmes ont été définis et vingt -huit (28) sous programmes. Ces sous programmes seront développés dans les Plans d'Actions Prioritaires et les Plans d'Actions Annuels à tous les niveaux. Un cadre de mesure de la performance de la mise en œuvre de chaque programme sera élaboré à travers un guide de suivi évaluation du PDS.

8.1. Amélioration de la gouvernance et du leadership

Ce programme comporte treize(13) sous programmes :

- ✓ Pilotage, dialogue et coordination des actions et des partenaires du MSP
- ✓ Reformes sectorielles y compris la décentralisation
- ✓ contrôles, audits et inspection générale des services
- ✓ Participation communautaire
- ✓ Planification, suivi et évaluation
- ✓ Financements du secteur de la sante (accroissement et gestion)
- ✓ Gestion des ressources matérielles
- ✓ Gestion des ressources humaines (RH)
- ✓ Construction/réhabilitation et équipement d'infrastructures administratives et éducatives
- ✓ Régulation et normalisation
- ✓ Information sanitaire
- ✓ Promotion de la recherche pour la santé
- ✓ Communication (interne et externe), documentation et archivage.

8.2. Accès aux soins et services de santé

Ce programme comporte sept (7) sous programmes :

- ✓ **Développement des Compétences**
- ✓ Construction/ réhabilitation d'infrastructures sanitaires
- ✓ Acquisition et maintenance des équipements sanitaires
- ✓ Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité
- ✓ Promotion des mécanismes de protection contre le risque financier

- ✓ Promotion du secteur sanitaire privé
- ✓ Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles

8.3. Prestations des soins et services de santé

Ce programme comporte huit (8) sous programmes :

- ✓ Lutte contre les maladies transmissibles
- ✓ Lutte contre les maladies non transmissibles
- ✓ Lutte contre les maladies tropicales négligées
- ✓ Santé de la reproduction (santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et de l'homme)
- ✓ Nutrition
- ✓ Promotion de la santé
- ✓ Assurance qualité des services et soins de santé
- ✓ Sécurité sanitaire, gestion des épidémies, urgences et catastrophes

IX BESOINS FINANCIERS DU PDS

9.1. Situation du financement du secteur de la santé

9.1.1. Dépenses globales de la santé

Les derniers résultats des comptes nationaux de la santé, réalisés pour l'année 2014, font apparaître une dépense de santé par tête de 30 \$US, ce qui est en dessous des 44 \$US recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Les dépenses publiques de santé au Niger demeurent alors nettement inférieures aux niveaux minimum nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par le PDS jusqu'en 2021.

Selon les statistiques de la Banque mondiale (*Banque mondiale, indicateurs du développement dans le monde*), comme le montre la figure ci-après, les dépenses totales de santé du Niger, en % du PIB ont connu une baisse entre 2011 et 2012 avant de connaître une légère remontée entre 2012 et 2014 puis de décroître entre 2014 et 2015.

Il faut cependant signaler par ailleurs que plus de la moitié de ces dépenses (54,91%) sont supportées par les ménages (CNS, 2014).

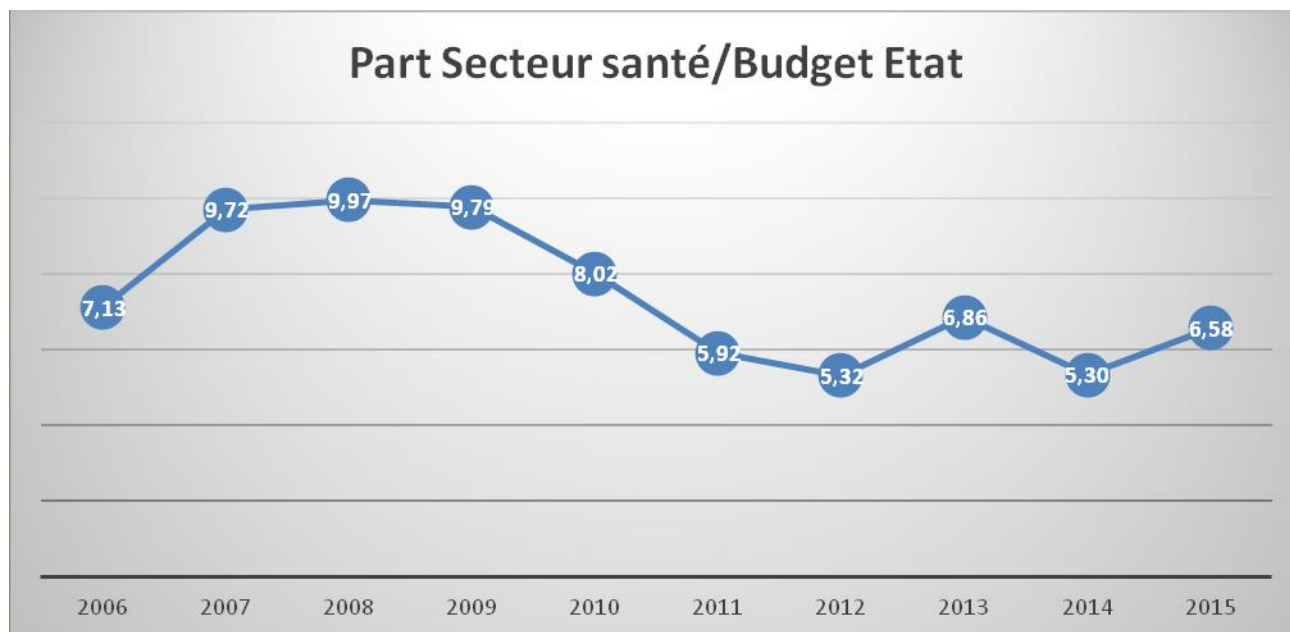
9.1.2. Financement de la santé par le budget de l'Etat

Depuis 2006, les allocations accordées à ce ministère connaissent une évolution en dents de scie, influençant négativement les performances du secteur. En valeur nominale, ce financement a augmenté entre 2006 et 2009 avant de fléchir en 2010, puis d'amorcer une

augmentation à partir de 2011 jusqu'en 2015. Cependant, en valeur relative, la part allouée au ministère de la santé a connu une baisse avant de remonter légèrement en 2013 (6,86%) puis fléchir de nouveau en 2014 (5,30%) et remonter en 2015 (6,58%).

En somme, les crédits annuels destinés à la santé ont augmenté au fil du temps (en termes nominaux), mais pas aussi vite que l'ensemble des dépenses du gouvernement.

Le graphique ci-dessous nous montre l'évolution de ce financement.



Source: DRFM (Ministère de la santé, 2006 à 2015)

Figure 10: Evolution du budget alloué au secteur de la santé

Ce niveau de financement est insuffisant et se classe derrière celui atteint par d'autres pays ayant un niveau de revenu similaire, recommandé par les organismes internationaux de développement et, surtout, exigé par les besoins du pays.

Cette évolution de la part du budget alloué à la santé montre que le Niger est loin de l'objectif d'Abuja où les chefs d'Etat s'étaient engagés à consacrer au moins 15 % de leur budget à la santé.

9.2. Mécanisme de financement

Le financement des interventions retenues dans le PDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, des partenaires au développement, des ONG ainsi que du secteur privé.

Un plaidoyer pour la mobilisation des ressources sera entrepris. Il sera appuyé par la tenue d'une table ronde des bailleurs potentiels pour le financement dudit plan.

L'élaboration du Document de Programmation Pluri annuel des Dépenses(DPPD) clair et cohérent pour les interventions retenues, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs. La réussite de la mise en œuvre de ce plan dépendra d'un certain nombre de facteurs clés : (i) un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat durant le processus de mise en œuvre, (ii) une coordination des partenaires et (iii) un dispositif de suivi – évaluation opérationnel.

9.3. Tendances et besoins financiers globaux du PDS

Le coût total du PDS (2017-2021) est estimé **1 469 225 692 243 FCFA**. Le coût par habitant est estimé à **16 640 FCFA** en 2017 et s'établira à **17 647 FCFA** en 2021. Cette budgétisation a tenu compte des réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires, de réhabilitation et de normalisation des infrastructures existantes et les recrutements de personnel nouveau pour le renforcement des plateaux techniques des hôpitaux.

9.4. Plan de financement du PDS

9.4.1 Budget par axe stratégique du PDS

La cartographie budgétaire réalisée avec l'outil Onehealth a permis d'obtenir le budget du PDS suivant les axes stratégiques définis dans le PDS 2017-2021.

Le budget par axe du PDS est repris dans le tableau ci-après.

Tableau V : Répartition du budget par axe stratégique

Budget du PDS par axes stratégiques						
Axes stratégiques	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1. amélioration de la gouvernance et du leadership du système de santé	10 293 789 069	6 285 754 074	5 644 059 657	2 695 098 854	2 735 098 851	27 653 800 505
2. accroissement des prestations de soins et services de qualité	199 725 304 028	242 505 826 739	227 976 364 599	238 841 561 348	198 885 767 192	1 107 934 823 906
3. développement des ressources humaines	22 776 377 770	25 563 712 384	28 502 831 437	31 547 840 026	34 298 186 347	142 688 947 964
4. financement durable de la santé	18 597 205 017	19 928 411 247	21 388 394 133	22 999 375 081	24 622 356 030	107 535 741 508
5. gestion adéquate des équipements et intrants	16 790 255 000	19 318 267 524	9 451 024 715	7 283 392 495	5 500 216 993	58 343 156 725
6. développement de l'information sanitaire et de la recherche	3 132 791 927	5 188 380 495	5 535 125 955	6 544 460 751	4 668 462 507	25 069 221 635
Total	271 315 722 811	318 790 352 462	298 497 800 495	309 911 728 556	270 710 087 919	1 469 225 692 243

Ce tableau montre que le gros du budget est alloué à l'axe stratégique n°2, relative à l'«*accroissement des prestations de soins de service de qualité*» qui consomme 75% des ressources totales du PDS. Cela s'explique par le fait de l'importance des interventions prioritaires contenue dans cet axe stratégique. En effet, cet axe contient un nombre important des interventions prioritaires du PDS, qui sont essentiellement des interventions jugées à haut impact relevant des différents programmes et stratégies de santé.

L'axe n°3 relative au « **développement des ressources humaines** », est le deuxième axe à consommer le plus de ressources à dégager pour le PDS (10 %). Cela se justifie par le fait des engagements pris par le gouvernement pour le recrutement du personnel nouveau et surtout le recrutement d'un grand nombre de spécialistes pour les hôpitaux régionaux et nationaux.

L'axe n°4 lié au « **financement durable pour la santé** » et l'axe n°5 relatif à la « **gestion adéquate des équipements et intrants** » consomment respectivement 7 % et 4 % du budget du PDS.

Quant à l'axe n°4, la proportion du financement qu'il consomme se justifie par le fait des mesures de gratuité prises par le gouvernement en vue d'assurer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé et de tendre vers la mise en place de la couverture maladie universelle.

Pour l'axe n°5, cela est lié au fait que les actions prioritaires qui concernent les transformations et équipements des case de santé en centre de santé intégrés type 1(CSI 1) et la transformation des CSI 1 en CSI 2 pour l'amélioration de la couverture sanitaire.

Les deux autres axes « **amélioration de la gouvernance et du leadership du système de santé** » et « **développement de l'information sanitaire et de la recherche** » se répartissent équitablement les 4 % du financement restant du PDS.

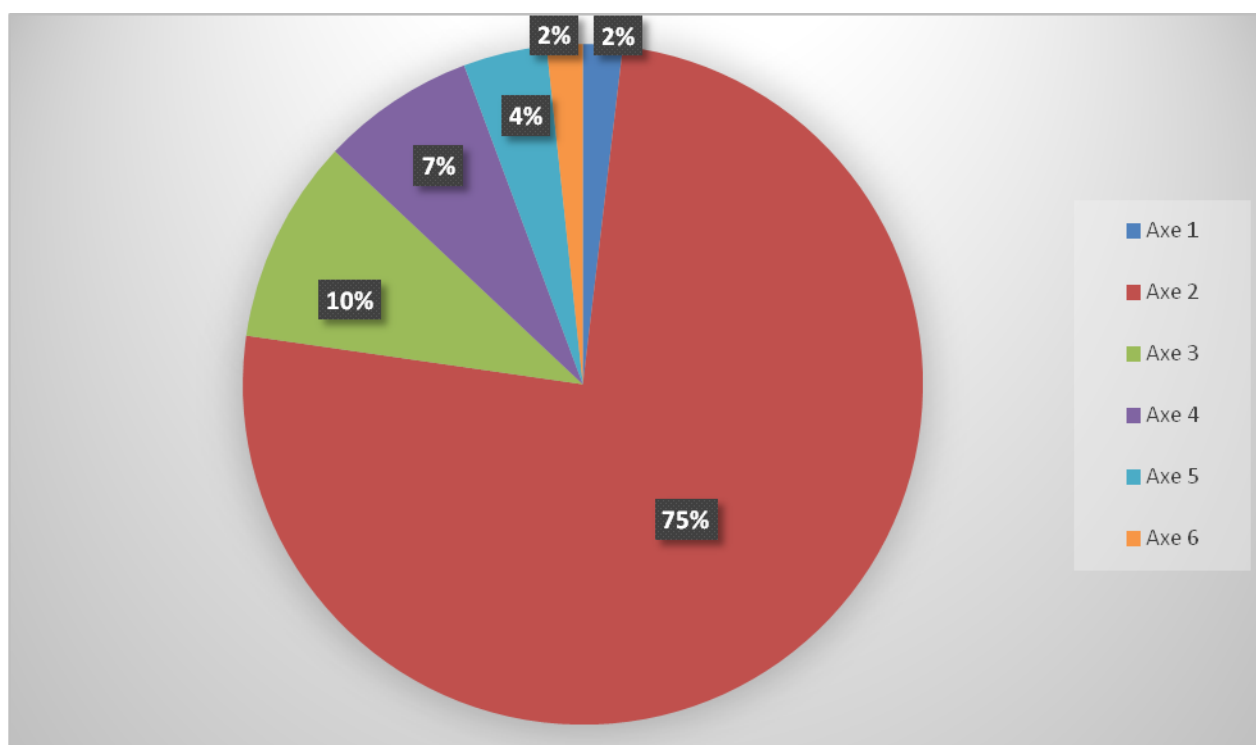


Figure 11: Répartition des ressources financières du PDS par axe stratégique

9.3.2 Répartition du budget par programmes et sous programmes du budget programme

Dans le cadre de la mise en œuvre des directives de l’UEMOA, chaque pays membres devra dès 2017 procéder à la substitution du budget-objet au budget-programme pour plus d’objectivité et d’efficience de l’action publique. Pour se conformer, le Niger dans son présent PDS a procédé à la définition de 03 programmes et 28 sous programmes. A l’aide de l’outil Onehealth, une cartographie du budget global estimatif a été faite par programmes et sous programmes retenus par le pays.

9.3.2.1. Répartition du budget par programmes

La figure ci-dessous donne la répartition du budget estimatif du PDS suivant les trois (03) programmes retenus.

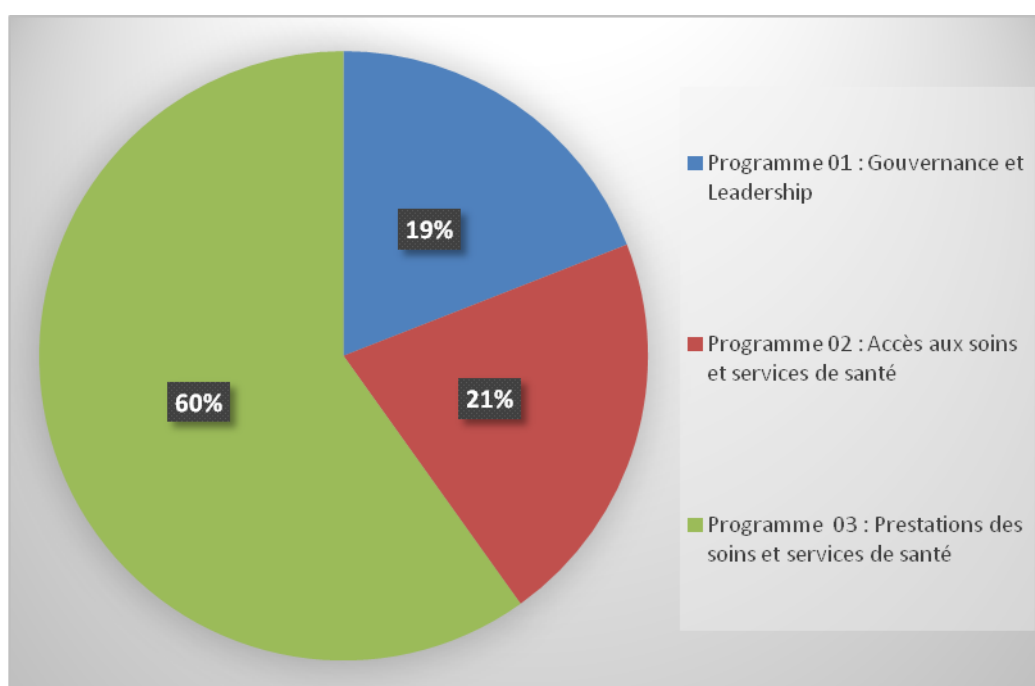


Figure 12: Répartition du budget par programme

La répartition du budget par programme montre que le programme n°3 « Prestation des soins de service » occupe la première place en terme de consommation du budget avec 60 %, suivi du programme n°2 « accès aux soins et services de santé » qui consomme 21 % et du programme n°1 relative à « la gouvernance et du leadership » qui, quant à lui consomme 19 %.

Pour ce qui est du programme 3, son fort taux par rapport au montant planifié dans le PDS peut se justifier par le fait des sous programmes qu’il contient et qui sont en relation avec les priorités du PDS, à savoir les sous programmes concernant la santé de la mère et de l’enfant et aussi les sous programmes de lutte contre les maladies (transmissibles et non transmissibles).

9.3.2.2. Répartition du budget par sous programmes

Le tableau ci-après donne le budget détaillé suivant les sous programmes retenus pour le budget programme du pays.

Tableau VI: Répartition du budget par sous programmes

PROGRAMMES/ SOUS PROGRAMMES	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	Total
Programme 01 : Gouvernance et Leadership	61 646 872 263	50 040 391 472	53 629 433 284	57 894 985 308	56 644 227 504	279 855 909 832
1.1 Pilotage, dialogue et coordination des actions et des partenaires du MSP	45 366 548	34 651 043	47 881 045	29 611 043	38 011 043	195 520 721
1.2 Réformes sectorielles y compris la décentralisation	41 622 234	31 350 944	43 320 945	26 790 944	34 390 943	177 476 010
1.3 Contrôles, audits et Inspection Générale des Services	36 178 657	26 400 795	36 480 796	22 560 795	28 960 794	150 581 837
1.4 Participation communautaire	24 239 311	17 325 522	23 940 522	14 805 522	19 005 521	99 316 398
1.5 Planification, suivi et évaluation	40 268 756	29 700 894	41 040 896	25 380 894	32 580 894	168 972 334
1.6 Régulation et normalisation	17 412 590	12 375 373	17 100 373	10 575 373	13 575 372	71 039 080
1.7 Communication (interne et externe), documentation et archivage	18 435 114	13 200 397	18 240 398	11 280 397	14 480 397	75 636 704
1.8 Financement du secteur de la santé (accroissement et gestion)	3 719 441 003	3 985 682 249	4 277 678 827	4 599 875 016	4 924 471 206	21 507 148 302
1.9 Gestion des ressources matérielles	28 636 130 001	11 952 780 000	12 325 980 000	12 828 980 000	13 023 230 000	78 767 100 003
1.10 Gestion des ressources humaines	21 163 285 687	23 730 879 384	26 441 750 302	29 254 928 077	31 780 961 731	132 371 805 180
1.11 Construction/Réhabilitation et équipement d'infrastructures administratives et éducatives	4 771 700 436	5 017 664 376	4 820 893 224	4 525 736 496	2 066 097 096	21 202 091 628
1.12 Information sanitaire	2 990 250 518	5 026 261 628	5 341 091 832	6 262 046 291	4 552 760 366	24 172 410 634
1.13 Promotion de la recherche	142 541 409	162 118 867	194 034 123	282 414 460	115 702 141	896 811 001
Programme 02 : Accès aux soins et services de santé	58 672 669 801	73 871 319 452	63 556 778 943	57 070 944 357	56 650 287 089	309 821 999 642
2.1 Développement des compétences	1 613 092 083	1 832 832 999	2 061 081 135	2 292 911 950	2 517 224 617	10 317 142 784
2.2 Construction/ Réhabilitation d'infrastructures sanitaires	24 547 095 869	33 836 448 701	28 248 730 524	19 589 122 808	16 081 953 360	122 303 351 262
2.3 Promotion des mécanismes de protection contre le risque financier	14 877 764 013	15 942 728 998	17 110 715 306	18 399 500 065	19 697 884 824	86 028 593 206
2.4 Promotion du secteur sanitaire privé	15 560 372	-	-	-	-	15 560 372
2.5 Acquisition et maintenance des équipements sanitaires	9 599 957 870	11 217 674 120	2 468 115 000	835 605 000	95 917 500	24 217 269 491
2.6 Amélioration de la disponibilité des produits de santé	7 957 931 580	10 982 445 686	13 617 349 530	15 903 017 087	18 206 519 341	66 667 263 224
2.7 Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	61 268 012	59 188 948	50 787 448	50 787 448	50 787 448	272 819 304
Programme 03 : Prestations des soins et services de santé	150 996 180 747	194 878 641 538	181 311 588 268	194 945 798 890	157 415 573 326	879 547 782 770
3.1 Lutte contre les maladies transmissibles	60 679 682 183	82 758 299 693	78 207 070 147	86 954 110 730	72 362 219 773	380 961 382 526
3.2 Lutte contre les maladies non transmissibles	3 090 855 171	3 220 674 117	3 719 893 692	4 286 851 091	4 876 993 419	19 195 267 490
3.3 Lutte contre les maladies tropicales négligées	10 314 188 300	10 771 560 703	11 154 199 079	11 510 563 754	11 876 713 468	55 627 225 303
3.4 Santé de la Reproduction (Santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et de l'homme)	61 056 133 188	81 415 735 152	71 846 141 345	75 989 126 139	51 307 775 949	341 614 911 773
3.5 Nutrition	9 557 976 489	9 389 776 813	9 187 072 315	8 433 865 775	8 822 366 951	45 391 058 343
3.6 Promotion de la santé	1 806 333 787	1 750 014 876	1 678 807 154	1 594 664 101	1 748 451 268	8 578 271 186
3.7 Assurance qualité des services et soins de santé	1 066 661 986	1 246 408 236	274 235 000	92 845 000	10 657 500	2 690 807 721
3.8 Sécurité sanitaire, gestion des épidémies, urgences et catastrophes	3 424 349 644	4 326 171 948	5 244 169 537	6 083 772 301	6 410 394 998	25 488 858 428
Total	271 315 722 811	318 790 352 462	298 497 800 495	309 911 728 556	270 710 087 919	1 469 225 692 243

Le tableau ci-dessus montre qu'une grande partie du budget du PDS soit **80 %** est absorbée par les sous programmes suivants :

- 1.9 Gestion des ressources matérielles (**5,36 %**) ;

- 1.10 Gestion des ressources humaines **(9,01 %)** ;
- 2.2 Construction/ Réhabilitation d'infrastructures sanitaires **(8,32 %)** ;
- 2.3 Promotion des mécanismes de protection contre le risque financier **(5,86 %)** ;
- 2.6 Amélioration de la disponibilité des produits de santé **(4,54 %)**
- 3.1 Lutte contre les maladies transmissibles **(25,93 %)** ;
- 3.4 Santé de la Reproduction (Santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et de l'homme) **(23,25 %)**.

Le pourcentage restant **(17,73 %)** est détenu par le reste des sous programmes.

9.3.3 Repartition du budget du PDS par niveau du système de santé

La figure ci-après donne le détail du budget du PDS par niveau de prestation de service. Les coûts par niveau de prestation de service regroupent l'ensemble coûts des interventions des programmes de santé.

Tableau VII : Répartition du budget par niveau du système de santé

BUDGET DU PDS PAR NIVEAU DU SYSTEME DE SANTE							Pourcentage (%)
Niveau	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	
Niveau Central	109 340 236 292	129 110 092 747	121 488 604 802	126 753 896 980	111 261 846 135	597 954 676 955	40,7%
Niveau Régional	69 185 509 317	82 247 910 936	77 907 925 929	82 746 431 524	74 445 274 178	386 533 051 884	26,3%
Niveau périphérique	92 789 977 202	107 432 348 780	99 101 269 764	100 411 400 052	85 002 967 606	484 737 963 404	33,0%
Total	271 315 722 811	318 790 352 462	298 497 800 495	309 911 728 556	270 710 087 919	1 469 225 692 243	100 %

Environ **41%** du coût total vont au niveau central, **33%** au niveau périphérique et **26%** au niveau régional. Il faut cependant noter que le gros de ce budget est destiné à l'achat des médicaments et intrants, aux équipements, etc. qui sont des activités réalisées par le niveau central, mais dont le niveau périphérique est bénéficiaire.

La part des dépenses prévisionnelles au niveau central (41%) est due au fait que la plupart des investissements dans le cadre des réhabilitations, des constructions et équipements des formations sanitaires au profit des régions. L'achat des produits pharmaceutiques et autres intrants thérapeutiques et certaines acquisitions se font par achats groupés au niveau central pour raison d'économie d'échelle. A cela s'ajoutent les salaires et la gratuité des soins entre autres.

9.3.4 Budget par catégorie de dépense

Le budget par catégorie des dépenses est repris dans le tableau suivant

Tableau VIII: Budget par catégorie des dépenses budgétaires

BUDGET PAR CATEGORIE DES DEPENSES							Pourcentage (%)
Nature des dépenses	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
Fonctionnement	40 702 056 480	50 771 429 410	40 214 319 440	46 383 313 788	38 466 231 450	216 537 350 567	14,7%
Investissement	52 156 691 346	73 142 109 960	44 327 939 089	30 128 002 773	20 560 223 092	220 314 966 259	15,0%
Médicaments et fournitures	151 545 334 584	167 111 072 841	189 166 409 381	202 710 953 969	183 625 550 790	894 159 321 565	60,9%
Salaires	26 911 640 400	27 765 740 251	24 789 132 585	30 689 458 027	28 058 082 588	138 214 053 852	9,4%
Total	271 315 722 811	318 790 352 462	298 497 800 495	309 911 728 556	270 710 087 919	1 469 225 692 243	100%

Le budget par catégorie de dépenses montre que le fonctionnement (Fonctionnement + Médicaments et fournitures) occupe **75,6 %** du budget total, suivi de l'investissement (**15,0 %**) et des salaires (**9,42%**). Il faut par ailleurs signaler que dans le budget du fonctionnement, les médicaments et fournitures représentent **60,9 %**.

9.3.5 Répartition du budget par sources potentielles de financement

Selon les résultats des derniers CNS, les potentielles sources de financement des dépenses de santé au Niger sont l'Etat, les ménages, les PTF et le privé. Cela a permis d'établir une moyenne annuelle des dépenses de 2017 à 2021 et dont l'Etat à lui seul supportera 56% y compris l'aide budgétaire, suivi des ménages (36%), des PTF (6% monde extérieur) et du privé (2%).

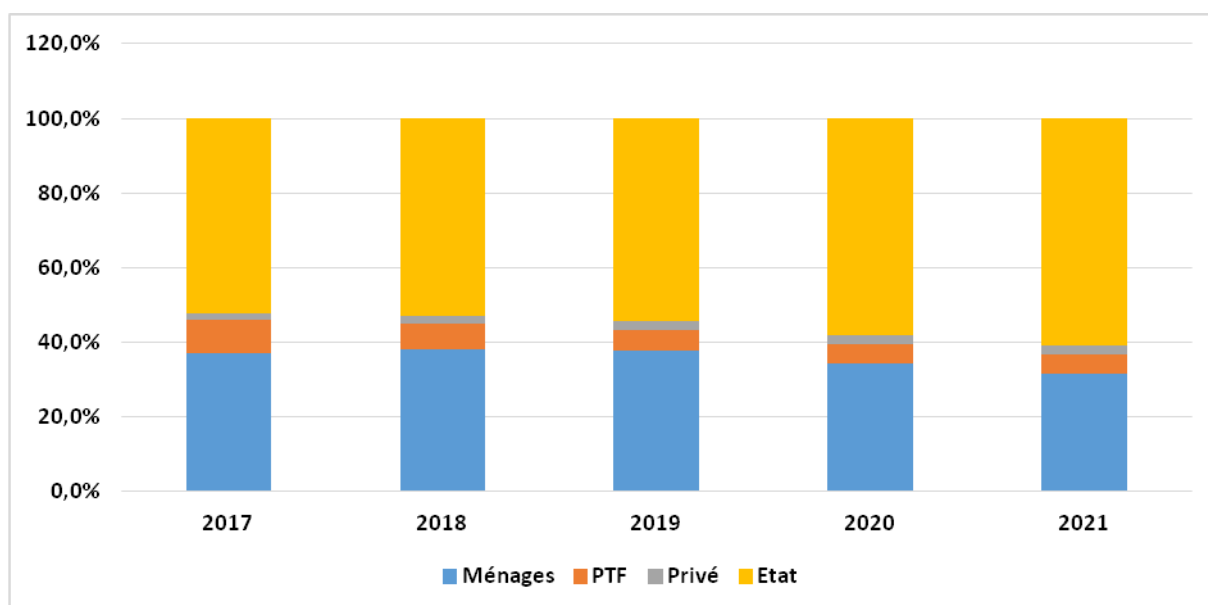


Figure 13: Evolution en pourcentage des sources de financement du PDS

9.3.6 Analyse du gap de financement

L'analyse du GAP de financement du PDS permet de fournir des données sur les coûts nécessaires à la mise en œuvre des programmes, des stratégies ou des activités, ceux qui sont actuellement couverts ou sont prévus de l'être et donne une compréhension claire de la façon dont le montant du financement additionnel pourra être alloué, demandé ou obtenu à travers des actions de **plaidoyer**.

Ainsi, la différence entre les ressources disponibles et les coûts estimatifs du PDS a permis de dégager un besoin total de financement qui s'élève à **358,987 milliards de FCFA**.

L'estimation des ressources disponibles des partenaires a été faite sur la base des montants de financement prévus dans les plans stratégiques des programmes de santé qui en disposent et des annonces de financement faites par les partenaires dans leurs différents plans de travail.

Concernant le budget de l'Etat alloué à la santé, ne disposant pas des budgets prévisionnels, une augmentation de 5% a été appliquée à l'allocation de l'année 2016.

L'analyse montre une baisse des contributions financières des partenaires dès 2018. Cela s'explique par le fait que la plupart de ceux-ci ne communiquent pas leurs contributions

financières au-delà de 02 ou 03 années selon les partenaires. D'où, en vue de réaliser les projections, une reconduction systématique des montants alloués pour la dernière année a été faite, sauf dans le cas où le financement du bailleur est à terme.

Tableau IX: GAP de financement du PDS 2017 - 2021 (en millions de FCFA)

Estimation des gaps de financement du PDS						
Estimations financières	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Estimation des besoins de financement PDS	271 316	318 790	298 498	309 912	270 710	1 469 226
Estimations du financement disponible	240 488	231 193	220 202	210 291	208 065	1 110 238
GAP DE FINANCEMENT	- 30 828	- 87 597	- 78 296	- 99 621	- 62 645	- 358 987

Ce gap devra être comblé par une mobilisation plus accrue des ressources propres de l'Etat et des partenaires au développement.

Cependant, une gestion plus efficiente des ressources mobilisées garantirait la sécurité des sommes mobilisées.

9.3.7 Scénarii de financement du PDS

Afin de consolider les acquis et d'évaluer les capacités du pays à financer le plan, trois scénarios ont été proposés. Les éléments de conception de ces scénarios proviennent des résultats des comptes des nationaux de la santé et d'autres documents stratégiques.

Les scénarios ont été élaborés sur la base des engagements nationaux notamment dans la réduction des paiements directs des ménages avec la couverture maladie universelle, la mise en place des mutuelles de santé, la gratuité de certaines interventions. En plus, des hypothèses ont été formulées sur l'évolution des agrégats macroéconomiques (PIB, Dépenses et recettes publiques).

Le tableau ci-après donne l'évolution des indicateurs.

Scenario pessimiste

Ratio dépenses de santé (Scenario de base)	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses totales de la santé en % du PIB (%)	5,8%	5,6%	5,4%	5,2%	4,9%
Dépenses de santé publiques en % du PIB (%)	2,5%	2,4%	2,3%	2,2%	2,1%
Dépenses de santé publiques en % de DTS (%)	42,4%	42,4%	42,4%	42,5%	42,5%
Dépenses privées en santé en % de DTS (%)	57,6%	57,6%	57,6%	57,5%	57,5%
Versements directs des ménages en % de DTS (%)	51,6%	51,6%	51,6%	51,6%	51,6%
Autres dépenses privées en santé en % de DTS (%)	6,0%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%
Ressources externes de santé en % de DTS (%)	4,5%	4,2%	4,0%	3,7%	3,5%
PIB par habitant (en FCFA)	284 669	291 169	299 527	309 782	322 025
Dépenses Totales de Santé (DTS) par habitant (en FCFA)	16 623	16 307	16 091	15 965	15 923
Dépenses Publiques Générales de Santé (DPGS) par habitant (en FCFA)	7 045	6 915	6 827	6 778	6 765

Scénario moyen

Ratio dépenses de santé (Scénario Moyen)	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses totales de la santé en % du PIB (%)	5,8%	5,4%	5,1%	4,8%	4,6%
Dépenses de santé publiques en % du PIB (%)	2,5%	2,3%	2,2%	2,2%	2,1%
Dépenses de santé publiques en % de DTS (%)	42,4%	43,3%	44,1%	44,9%	45,6%
Dépenses privées en santé en % de DTS (%)	57,6%	56,7%	55,9%	55,1%	54,4%
<i>Versements directs des ménages en % de DTS (%)</i>	<i>51,6%</i>	<i>50,8%</i>	<i>50,1%</i>	<i>49,4%</i>	<i>48,8%</i>
<i>Autres dépenses privées en santé en % de DTS (%)</i>	<i>6,0%</i>	<i>5,9%</i>	<i>5,8%</i>	<i>5,7%</i>	<i>5,6%</i>
Ressources externes de santé en % de DTS (%)	4,5%	4,6%	4,8%	4,9%	5,1%
PIB par habitant (FCFA)	284 669	305 688	326 752	348 170	370 236
Dépenses Totales de Santé (DTS) par habitant (FCFA)	16 623	16 561	16 581	16 678	16 847
Dépenses Publiques Générales de Santé (DPGS) par habitant (FCFA)	7 045	7 169	7 317	7 490	7 690

Le scénario élevé

Ratio dépenses de santé (Scénario Moyen)	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses totales de la santé en % du PIB (%)	5,8%	5,6%	5,4%	5,2%	5,1%
Dépenses de santé publiques en % du PIB (%)	2,5%	2,6%	2,8%	2,9%	2,9%
Dépenses de santé publiques en % de DTS (%)	42,4%	47,4%	51,5%	54,9%	57,8%
Dépenses privées en santé en % de DTS (%)	57,6%	52,6%	48,5%	45,1%	42,2%
<i>Versements directs des ménages en % de DTS (%)</i>	<i>51,6%</i>	<i>47,1%</i>	<i>43,5%</i>	<i>40,5%</i>	<i>37,9%</i>
<i>Autres dépenses privées en santé en % de DTS (%)</i>	<i>6,0%</i>	<i>5,4%</i>	<i>5,0%</i>	<i>4,6%</i>	<i>4,3%</i>
Ressources externes de santé en % de DTS (%)	4,5%	4,7%	4,9%	5,1%	5,3%
PIB par habitant (FCFA)	284 669	321 023	356 516	391 731	427 195
Dépenses Totales de Santé (DTS) par habitant (FCFA)	16 623	17 865	19 111	20 381	21 689
Dépenses Publiques Générales de Santé (DPGS) par habitant (FCFA)	7 045	8 472	9 847	11 193	12 531

Le premier scénario ou scénario de base ou encore scénario pessimiste s'appuie sur les hypothèses de base du maintien des acquis actuels du financement du secteur de la santé. Il traduit l'évolution actuelle des taux de croissance du PIB, des dépenses publiques de santé, des versements des ménages entre autres. Par hypothèse on considère que la situation actuelle risque de prévaloir dans les 5 ans du PDS. L'évolution des indicateurs est conforme aux résultats des comptes nationaux de santé sur les dépenses de santé par source.

Le PIB par habitant va augmenter passant de 284 669 FCFA en 2017 à 322 025 en 2021 soit un taux de croissance du PIB par habitant qui passe de 2,52% en 2014 à 2,52% en moyenne sur la période du PDS avec un pic en 2020 à hauteur de 4%.

Les versements directs des ménages n'évoluent pas dans ce scénario et ils sont estimés à 51,6% durant la période.

Le deuxième scénario dit scénario moyen est défini dans ce PDS comme étant la situation pendant laquelle, la production intérieure brute est améliorée. La mise en place des mécanismes de réduction de la pauvreté et le développement des mutuelles de santé peuvent amener la réduction des versements des ménages dans les dépenses totales de santé passant de 51,6% en 2017 à 48,8% d'ici 2021.

Le PIB par habitant va augmenter passant de 284 669 FCFA à 370 236 FCFA. Ce scénario projette une légère progression de l'appui budgétaire non ciblé et de l'aide affectée à la santé.

Le troisième scénario qui se veut beaucoup **plus optimiste** que les deux précédents prévoit une croissance économique plus forte croissance du PIB/habitant qui évolue de 284 669 FCFA en 2017 à 427 195 FCFA en 2021. Les recettes publiques, en proportion du PIB/habitant connaîtraient une hausse conséquente et les ressources de l'Etat allouées à la santé évolueraient de manière à atteindre les objectifs d'Abuja. A l'instar des scénarios précédents, le troisième scénario projette une légère progression de l'aide affectée à la santé et de l'appui budgétaire non ciblé, mais les dépenses privées de santé connaîtraient une hausse plus prononcée.

En somme, pour les scénarii 1 et 2, seul un accroissement du PIB par habitant grâce à la croissance économique garantirait d'élargissement de l'espace budgétaire. Pour le scénario 3, un engagement au plus haut degré de l'Etat devrait faire de la santé un secteur prioritaire au détriment des secteurs non productifs dont les financements devraient être dégrevés au profit de la santé.

9.3.8 Utilisation efficiente des ressources

À long terme, c'est essentiellement la croissance économique qui contribuera à l'élargissement de l'espace budgétaire. Il est donc indispensable que le gouvernement Nigérien utilise l'aide de manière rentable. Il faudra affecter judicieusement les dépenses publiques entre les secteurs et au sein de ceux-ci, en tenant compte des meilleurs éléments de preuve disponibles de l'incidence des dépenses publiques sur le développement humain et la croissance économique. Le principal enjeu consistera à améliorer l'efficacité des services de santé pour s'assurer que le surcroît de dépenses contribuera à améliorer les résultats en matière de santé. Dans bien de cas, la réaffectation de ressources au sein du secteur au profit des soins de santé primaires améliorera l'efficacité et l'équité.

En conclusion, la mobilisation des ressources pour la couverture des besoins de financement du PDS 2017-2021 se fera à la fois en interne et en externe.

Pour la mobilisation des ressources, des actions suivantes devront être réalisées, il s'agira de :

- Renforcer le Leadership et la synergie d'action entre les directions du Ministère de la Santé Publiques ;
- Développer des stratégies de mobilisations de ressources via la fiscalité ou la parafiscalité et les financements innovants y compris à partir des sociétés minières ;
- Améliorer le dialogue politique avec le Ministère des Finances et celui du Plan ;
- Plaider auprès du Ministère en charge des Finances pour l'augmentation du budget de la santé à 15% du budget de l'Etat jusqu'à la fin du PDS et au-delà ;

- Utiliser les ressources disponibles à tous les niveaux du Ministère en charge de la santé par une meilleure définition des priorités, une meilleure programmation budgétaire, l'amélioration de la qualité de la dépense ;
- Encourager les collectivités locales à améliorer le financement de la santé y compris à travers la coopération décentralisée ;
- Susciter et exploiter le mécénat au profit de la santé.

Concernant les ressources extérieures, les actions suivantes seront à entreprendre :

- Renforcer le système de coordination des partenaires techniques et financiers ;
- Accélérer le développement et la mise en œuvre du Compact national pour une mobilisation accrue de ressources pour la mise en œuvre du PDS ;
- Renforcer le plaidoyer pour améliorer la prévisibilité des ressources et la redevabilité.

9.3.8.1 Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du PDS 2017-2021 se fera de préférence selon l'approche sectorielle dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PDS, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Tout en respectant ces procédures nationales de gestion, les modalités de financement du PDS 2017-2021, peuvent combiner plusieurs approches : l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés.

9.3.8.2 Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques, seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés.

X CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PDS 2017-2021

10.1 Pilotage et coordination

Les orientations définies dans le PDS stratégique seront traduites au niveau opérationnel en Plans d'action pluri annuels au niveau des Districts sanitaires (PAP), en Projet d'Etablissement Hospitalier au niveau des CHR et des MRR et en plans quinquennaux au niveau des DRSP et des structures nationales.

La coordination des activités de planification sera assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par des comités de santé, structures multisectorielles dont la composition et les attributions seront précisées dans un guide de suivi évaluation. Ces comités seront des cadres intégrateurs des PTF, des organisations et associations de la société civile, des acteurs du secteur privé de la santé et des structures du MSP en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé.

Au niveau district, le *Comité de santé du district*, sous l'autorité du préfet/administrateur délégué/maire veillera à l'élaboration, la validation, la mise en œuvre et l'évaluation semestrielle et annuelle des plans opérationnels. Le guide de formation en micro planification de l'aire de santé des CSI sera actualisé sur la base des stratégies retenues dans le PDS et d'une approche de planification opérationnelle des interventions axée sur les résultats. Le renforcement des capacités des membres des comités de santé des CSI à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des micros plans.

Au niveau des communes, la généralisation de la mise en place des comités de santé sera achevée. Les conseils communaux en rapport avec les COSAN et COGES des CSI et CS veilleront à l'intégration des actions prévues dans les micro plans des CSI dans les PDC et les PIE pour en assurer les cofinancements nécessaires à la réalisation des activités programmées, le suivi et leur évaluation

Au niveau régional, le *Comité régional de santé*, placé sous l'autorité du Président du Conseil Régional de Sante, veillera à l'élaboration, à la validation, à la mise en œuvre et à l'évaluation semestrielle et annuelle des plans opérationnels dans une approche participative et axée sur les résultats. Au terme de chaque exercice annuel de planification, la DRSP transmettra au MSP (DEP) la synthèse des PAA des structures régionales pour une compilation nationale.

A la fin de chaque évaluation, la DRSP transmettra les résultats au MSP pour synthèse nationale. Les résultats permettront l'élaboration des rapports d'exécution du PDS.

Au niveau national, le *Comité national de santé*, présidé par le Ministre de la Santé Publique, précédé des travaux du *Comité Technique National de Santé* veillera à l'élaboration et à la validation du PDS stratégique avant son adoption par le Gouvernement ainsi qu'à ses évaluations. Il sera également chargé de valider les plans opérationnels des directions centrales et des programmes nationaux et leur évaluation dans une approche participative de la gestion axée sur les résultats.

Pour une meilleure efficacité du processus de planification, le guide de suivi évaluation comprenant des indicateurs de résultats par niveau sera révisé par le niveau central.

Ce dispositif prendra également en compte le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux en matière de planification, de suivi et d'évaluation. Dans ce cadre, au niveau des DS le monitoring plus basé sur l'équité, processus engagé avec l'appui des partenaires est réalisé deux fois par an les années antérieures dans une dizaine de DS. Ce processus sera poursuivi en termes de formation des acteurs et de mise en œuvre. Il en est de même pour l'utilisation des tableaux de bord, un outil privilégié d'auto évaluation au niveau des CSI.

10.2 Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du PDS se fera essentiellement en plusieurs étapes :

La première étape consistera à l'élaboration annuelle d'un Plan d'Action opérationnel par chaque structure concernée en collaboration avec l'ensemble des acteurs intervenant dans sa zone de responsabilité à partir de son plan de développement 2016—2020. Après validation par les instances prévues dans le PDS, les plans opérationnels seront soumis pour financement, à l'ensemble des partenaires du secteur y compris l'Etat.

La réalisation des activités prévues dans les Plans opérationnels, seconde étape, sera assurée par les acteurs de la structure concernée en collaboration avec l'ensemble des intervenants locaux incluant la société civile et le secteur privé.

Les Directions centrales du MSP produiront un plan annuel d'action opérationnel portant essentiellement sur l'appui à la mise en œuvre optimale des activités concourant à l'atteinte des objectifs du PDS 2017-2021.

10.3 Modalités de mise en œuvre du suivi évaluation

▪ Suivi et évaluation

✓ Système de suivi et évaluation

Un guide de suivi – évaluation, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PDS, sera élaboré. Ce guide se verra être l'outil de travail qui déterminera le canevas à observer tout au long du processus de suivi ; il précisera la manière dont les informations devront être recueillies et traitées à chaque niveau ainsi que les outils appropriés par niveau et type d'information recherchée.

Le rôle du suivi est de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information, d'identifier les problèmes, d'alerter le Comité national de santé via le Comité technique national de santé et de proposer les mesures correctives.

Sur le plan de l'organisation, des revues du PDS seront envisagées selon une périodicité trimestrielle pour les districts, semestrielle pour les régions et les directions centrales, annuelle au niveau national. Elles seront réalisées avec la pleine participation des PTF et de tous les acteurs du secteur.

Le Comité Technique National de Santé (CTNS) et le Conseil National de Santé (CNS), qui évaluent et valident les plans d'action annuels (PAA), se réuniront une fois l'an, à la fin du quatrième trimestre de chaque année.

Au niveau national, chaque revue comprendra une mission conjointe de terrain suivie des réunions annuelles du CTNS et du CNS portant sur les résultats de l'évaluation des PAA. Pour les niveaux périphérique et intermédiaire et pour les directions centrales, les revues se limiteront à des réunions d'échange.

✓ **Indicateurs de suivi et d'évaluation**

Au niveau national, le suivi évaluation sera essentiellement basé sur une liste d'indicateurs clés du PDS. La liste des indicateurs nécessaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PDS aux différents niveaux sera établie par le guide de suivi évaluation qui précisera les modalités de recueil, de transfert et d'analyse.

De façon plus générale, le suivi évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PDS et des résultats obtenus (outputs/outcomes) repose sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps opportun l'ensemble des informations nécessaires. Pour ce faire, l'actualisation du SNIS s'impose pour tenir compte des informations nécessaires au pilotage du PDS.

✓ **Evaluation interne et externe**

Il est prévu une évaluation à mi-parcours du PDS pour réorienter ou renforcer au besoin les activités, ainsi qu'une évaluation finale pour mesurer les résultats obtenus, l'impact du PDS, le niveau d'atteinte des OMD et tirer les leçons pour la politique nationale de santé.

Le processus de l'évaluation à mi-parcours démarrera en 2018 et celui de l'évaluation finale commencera en fin 2020. L'évaluation à mi-parcours comprendra deux évaluations, interne et externe, ainsi que des enquêtes spécifiques si nécessaire. L'évaluation finale comprendra une évaluation externe et une enquête de satisfaction des bénéficiaires. Cette dernière devra être réalisée dans des conditions telles que ses résultats soient disponibles pour l'évaluation externe. Les objectifs de ces évaluations seront définis en concertation avec les différents acteurs.

ANNEXES

Annexe 1: Objectifs de Développement Durables (ODD)

Les 17 Objectifs de Développement Durable

Objectif 1 Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde

Objectif 2 Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

Objectif 3 Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

Objectif 4 Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie

Objectif 5 Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

Objectif 6 Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau

Objectif 7 Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable

Objectif 8 Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous

Objectif 9 Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation

Objectif 10 Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre

Objectif 11 Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

Objectif 12 Établir des modes de consommation et de production durables

Objectif 13 Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions*

Objectif 14 Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable

Objectif 15

Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts,

lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité

Objectif 16

Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous

à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

Objectif 17 Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser

*Étant entendu que la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques est la principale structure intergouvernementale et internationale de négociation de l'action à mener à l'échelle mondiale face aux changements climatiques.

Source : ONU 2015b

Annexe 2: LES CIBLES DE L'ODD3 RELATIF A LA SANTE

Objectif 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ;

3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus ;

3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ;

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives, notamment de stupéfiants et d'alcool ;

3.6 D'ici à 2030, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route ;

3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ;

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ;

3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ;

3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac ;

3.b Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet ;

3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement ;

3.d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.

ANNEXE 3: LES CRITERES D'EVALUATION DES RISQUES

La Probabilité d'apparition du risque peut être appréciée qualitativement comme suit : 1= faible ; 2= moyenne, 3= forte ; 4= très Forte

Les Conséquences du risque sur le résultat concerné peuvent être appréciées qualitativement de la manière suivante : 1= mineure ; 2= moyenne, 3= importante; 4= très majeure

La Gravité est la moyenne arithmétique des conséquences sur les principaux déterminants de la performance tels que : coût, délai, qualité et quantité. Elle varie de 1 à 4 et appréciée qualitativement comme suit: 1= mineure ; 2= moyenne, 3= importante; 4= très majeure.

ANNEXE 4: EVALUATION DES RISQUES

Tableau I : Evaluation des risques

<i>Hypothèses (1)</i>	<i>Risque (2)</i>	<i>Pro b (3)</i>	<i>Coû t (4)</i>	<i>Déla i (5)</i>	<i>Quantité (6)</i>	<i>Qualit é (7)</i>	Gravité 8=(4+5+6+7)/ 4	Criticité (9) = (3)x(8)	Priorité é risque
HYPO1 : Stabilité socio politique renforcée	<i>Crise politique</i>	1,5	3	2,5	2	2	2,375	3,5625	
	<i>Crise sociale</i>	2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	5	
HYPO 2 : Environnement salubre	<i>Pollution de l'air</i>	3,25	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	11,2	
	<i>Pollution de l'eau</i>	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	12,96	
HYPO 3 : Adhésion de la population aux actions du PDS	<i>Réticence de la population à certaines actions de santé</i>	3,6	3,6	4	3,8	2,2	3,4	12,24	
	<i>Refus de collaborer de la population</i>	1,6	2,4	2	2	1,6	2	3,2	
	<i>Retard dans le déblocage des appuis</i>	3,2	3,6	3,8	3,4	3	3,45	11,04	
	<i>Suspension des appuis</i>	1,4	3,4	3,6	3,5	3,5	3,5	4,9	
	<i>Retrait de certains PTF</i>	1,4	3,4	3,6	3,5	3,5	3,5	4,9	
	<i>Retard dans la justification des fonds par les agents</i>	3,25	3,25	3,25	3,25	3,25	3,25	10,5625	
HYPO 4: Accompagnement des PTF	<i>Retard dans le déblocage des appuis</i>	3,2	3,6	3,8	3,4	3	3,45	11,04	
	<i>Suspension des appuis</i>	1,4	3,4	3,6	3,5	3,5	3,5	4,9	
	<i>Retrait de certains PTF</i>	1,4	3,4	3,6	3,5	3,5	3,5	4,9	
	<i>Retard dans la justification des fonds par les agents</i>	3,25	3,25	3,25	3,25	3,25	3,25	10,5625	

HYPO 5 : <i>Poursuite du soutien des Partenaires sociaux</i>	<i>Remous sociaux (grèves, settings)</i>	2	2,5	2,25	2,25	2,5	2,375	4,75	
HYPO 6 : <i>Participation du privé</i>	<i>Refus de collaboration du secteur privé</i>	3	2	2	2	3	2,25	6,75	
HYPO 7 : <i>Dépolitisation de l'administration</i>	<i>Interventionnisme politique dans la gestion du personnel</i>	4	2,8	3	3,6	4	3,35	13,4	
	<i>Favoritisme dans l'attribution des marchés</i>	3,2	3,4	4	3	4	3,6	11,52	
	<i>Fuite des cerveaux</i>	3,83	3,33	3,33	3	3,67	3,33	12,78	
	<i>Réticence des cadres de la santé de servir dans certaines zones</i>	3,5	3	3,33	3	3	3,08	10,79	
HYPO 8 : <i>sécurité alimentaire assurée</i>	<i>Crise alimentaire</i>	3	3,67	3	3	3,5	3,29	9,875	
HYPO 9 : <i>Satisfaction des usagers</i>	<i>Mauvais accueil</i>	3,5	3,5	3,67	3,67	3,67	3,625	12,6875	
	<i>Faible disponibilité des services</i>	3,33	3,33	3,5	3,33	3,5	3,42	11,39	
	<i>Temps d'attente long dans la prise en charge des soins</i>	3,5	3	3,5	3,17	3,67	3,33	11,67	

ANNEXE 5: CAUSES DIRECTES ET ACTIONS DE PREVENTION DES RISQUES MAJEURS

Tableau II: Causes et actions de prévention des risques majeurs

RISQUES MAJEURS	CAUSES DIRECTES	ACTIONS DE PREVENTION ET/ OU D'ATTENUATION
Interventionnisme politique dans la gestion du personnel	Non application et non respect des textes en matière de gestion du personnel	Veiller à l'application rigoureuse des textes en matière de gestion du personnel
	Faible prise en compte des besoins réels des populations par les décideurs	Développer un plaidoyer auprès des décideurs en vue de mettre fin à l'interventionnisme politique
Fuite des cerveaux	Faible rémunération des cadres	Instituer un système de rémunération des cadres basé sur la performance
	Environnement de travail peu favorable	Fournir aux agents un environnement de travail propice
Réticence de la population à certaines actions de santé	Méconnaissance voire ignorance des populations en matière de santé	Intensifier la communication pour le développement en matière de santé
Temps d'attente long dans la prise en charge des soins	Insuffisance dans l'organisation du travail	Répartir de manière optimale les tâches des différents agents pour minimiser le temps d'attente
	Insuffisance du personnel en qualité et en quantité	Procéder à la redistribution et au recrutement du personnel
		Procéder au recyclage du personnel
Favoritisme dans l'attribution des marchés	Non application et non respect des textes en matière de passation de marché	Veiller à l'application rigoureuse des textes en matière de passation de marché
		Former tous les agents qui interviennent dans la chaîne de passation de marchés
	Méconnaissance de l'utilité et de l'importance des règles de passation de marché dans la bonne gouvernance	Sensibiliser les décideurs sur le respect des règles de passation de marché
	Corruption	Sensibiliser les agents et les autres acteurs sur les effets néfastes de la corruption sur le système de santé
Faible disponibilité des services	Insuffisance du plateau technique	Equiper les structures sanitaires selon les normes établies
	Insuffisance du personnel en qualité et en quantité	Procéder à la redistribution et au recrutement du personnel
		Procéder au recyclage du personnel
	Mobilité du personnel (absentéisme, abandon, missions)	Appliquer rigoureusement les textes en la matière
		Mettre en place un système d'intérim adéquat pour pallier aux déplacements du personnel
	Non respect des normes de construction et d'occupation des CSI	Veiller au respect des normes et standards en matière de construction des CSI
Pollution de l'eau	Insuffisance dans le système d'évacuation des eaux usées	Renforcer les infrastructures d'évacuation des eaux usées
	Insuffisance dans le traitement des eaux usées	Rendre systématique le traitement des eaux usées

	Non respect des principes élémentaires d'hygiène et d'assainissement	Sensibiliser la population sur les règles élémentaires d'hygiène et d'assainissement
Pollution de l'air	Déboisement accéléré	Intensifier la lutte contre le déboisement
	Mauvaise gestion des déchets ménagers et industriels	Systématiser la gestion des ordures ménagères et industrielles
	Emission des gaz à effets de serre (dioxyde de carbone, méthane etc....)	Promouvoir l'utilisation de l'énergie renouvelable
	Ensablement des voies	Contrôler l'émission du gaz à effet de serre Mettre en place un système pérenne de désensablement des voies
Retard dans le déblocage des appuis	Faible qualité des dossiers transmis	Veiller à la qualité des dossiers transmis aux PTF
	Lenteur dans le traitement des dossiers	Veiller à la célérité dans le traitement des dossiers
Réticence des cadres de la santé de servir dans certaines zones	Cadre de vie inapproprié	Créer un cadre propice au travail
	Mesures incitatives insuffisantes	Réviser les indemnités et autres avantages alloués au personnel travaillant dans certaines zones difficiles
Retard dans la justification des fonds par les agents	Lenteur dans l'établissement des pièces justificatives des dépenses	Veiller à la célérité dans l'établissement des pièces justificatives des dépenses
	Non maîtrise des procédures financières et comptables des partenaires	Former les agents en procédures administratives, financières et comptables des partenaires
Crise alimentaire	Déficit de la production agricole pluviale	Intensifier la production agricole irriguée
		Diversifier la production agricole
		Vulgariser la transformation et la conservation des aliments
	Persistance des mauvaises habitudes alimentaires	Intensifier les campagnes de CCC sur les mauvaises habitudes alimentaires

ANNEXE 6: PLAN DE MITIGATION DES RISQUES MAJEURS

Tableau III: Plan de mitigation des risques majeurs

RISQUES MAJEURS	Interventions pour que le risque ne survienne ou l'atténuer si le risque survient)			
	Actions	Coût	Responsables	Calendrier
1. Interventionnisme politique dans la gestion du personnel	1. Développer un plaidoyer auprès des autorités nationales en vue de mettre fin à l'interventionnisme politique	PM	MSP	Continue
	2. Développer un plaidoyer auprès du ministre en vue de mettre fin à l'interventionnisme politique	PM	SG	Continue
	3. Veiller à l'application rigoureuse des textes en matière de gestion du personnel	PM	SG, DRH, DRSP, MCD	Continue
2. Fuite des cerveaux	6. Instituer un système de rémunération des cadres basé sur la performance	PM	DRH	2017
	7. Fournir aux agents un environnement de travail propice	Besoins à évaluer	DRFM/DIES	2017-2020
3. Réticence de la population à certaines actions de santé	8. Intensifier la communication pour le développement en matière de santé	PM	Toutes les structures sanitaires	2017-2020
4. Temps d'attente long dans la prise en charge des soins	10. Répartir de manière optimale les tâches des différents agents pour minimiser le temps d'attente	PM	Toutes les structures sanitaires	Continue
5. Favoritisme dans l'attribution des marchés	11. Veiller à l'application rigoureuse des textes en matière de passation de marché	PM	DMP/DSP	Continue
	12. Sensibiliser les décideurs sur le respect des règles de passation de marché	PM	DMP/DSP	Continue
	13. Sensibiliser les agents et les autres acteurs sur les effets néfastes de la corruption sur le système de santé	PM	DMP/DSP	Continue
6. Faible disponibilité des services	14. Equiper les structures sanitaires selon les normes établies	Coûts à évaluer	DIES	2017-2020
	15. Appliquer rigoureusement les textes en la matière (absentéisme, abandon)	PM	Toutes les structures sanitaires	Continue
7. Pollution de l'eau	19. Plaidoyer auprès des services compétents en vue de renforcer les infrastructures d'évacuation des eaux usées	PM	DHP/EPS	2017-2020
	20. Plaidoyer auprès des services compétents en vue de rendre systématique le traitement des eaux usées	PM	DHP/EPS	2017-2020
	21. Sensibiliser la population sur les règles élémentaires d'hygiène et	PM	Toutes les structures	Continue

	d'assainissement		sanitaires	
8. Pollution de l'air	22. Approcher les services compétents pour intensifier la lutte contre le déboisement	PM	DPS	Continue
	23. Approcher les services compétents pour systématiser la gestion des ordures ménagères et industrielles	PM	DHP/EPS	Continue
	24. Plaidoyer auprès des services compétents en vue de promouvoir l'utilisation de l'énergie renouvelable	PM	DHP/EPS	Continue
	25. Plaidoyer auprès des services compétents pour contrôler l'émission du gaz à effet de serre	PM	DHP/EPS	Continue
	26. Plaidoyer auprès des services compétents pour la mise en place d'un système pérenne de désensablement des voies	PM	DHP/EPS	Continue
9. Retard dans le déblocage des appuis	27. Veiller à la qualité des dossiers transmis aux PTF	PM	Toutes les structures sanitaires	Continue
	28. Veiller à la célérité dans le traitement des dossiers	PM	SG/DEP	Continue
10. Réticence des cadres de la santé de servir dans certaines zones	29. Créer un cadre propice au travail	Besoins à évaluer	DRFM/DIE S	2017-2020
11. Retard dans la justification des fonds par les agents	30. Veiller à la célérité dans l'établissement des pièces justificatives des dépenses	PM	Toutes les structures sanitaires	Continue
	31. Former les agents en procédures administratives, financières et comptables des partenaires	Besoins à évaluer	DRFM	Continue
12. Crise alimentaire	32. Plaidoyer auprès des services compétents pour intensifier la production agricole irriguée	PM	DN	Continue
	33. Plaidoyer auprès des services compétents pour diversifier la production agricole	PM	DN	Continue
	34. Approcher les services compétents pour en vue de vulgariser la transformation et la conservation des aliments	PM	DN	Continue
	35. Intensifier les campagnes de CCC sur les mauvaises habitudes alimentaires	PM	Toutes les structures sanitaires	Continue

ANNEXE 7 :

Tableau IV : Analyse des parties prenantes

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
Les utilisateurs de service	Hommes, femmes, adolescents, Enfants	-Accessibilité physique et financière Disponibilité permanente des Intrants Disponibilité du personnel Qualité des prestations	Faible capacité financière des ménages Faible niveau d'instructions Insuffisance de connaissances des problèmes de santé	Mauvais accueil Rupture des médicaments Qualité technique des soins Faible disponibilité des services Coûts élevés de prestations	Elevée (voir narratif)	Elevée	Financière	Bénéficiaires
	Groupes vulnérables (Personnes âgées ; Handicapés, indigents etc.	Prise en charge adaptée	Accès limité aux soins	Abandon Stigmatisation	faible	faible	financière	Bénéficiaires

⁴³ Tous les individus, groupes d'intérêt, institutions susceptibles d'exercer une influence ou d'être concernés par le développement du secteur.

⁴⁴ L'influence est jugée en fonction du pouvoir qu'une partie prenante peut exercer sur le processus et l'atteinte des résultats attendus. Elle peut être exercée en contrôlant directement le processus d'élaboration de la décision et en facilitant ou gênant la mise en œuvre.

⁴⁵ L'importance est évaluée en termes du rôle dans la réalisation des résultats escomptés et de l'objectif assigné. Elle peut être élevée, moyenne et faible.

⁴⁶ Les formes de participation peuvent être conceptuelles, physique, matérielle ou financière.

⁴⁷ Les trois types sont : (i) Les parties prenantes primaires directes (bénéficiaires), (ii) les parties prenantes primaires indirectes (affectées), (iii) les parties prenantes secondaires (autres parties prenantes intervenant dans le processus décisionnel, la gestion courante, les appuis)

⁴⁸ Catégorie : C'est le regroupement des concernés par groupe homogène.

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
	Sociétés : Nigelec, SPEN, SEEN, Banques, Assurances, Sonidep, , Somaïr, Cominak, Compagnies téléphoniques Olani, compagnies de transport	Accessibilité physique et financière, Qualité des soins	Insuffisance de la qualité des soins dispensés ; Coût élevé des prestations	Utilisation irrationnelle des soins Non prise en compte de certaines pathologies ; Temps d'attente long dans la prise en charge des soins	Faible influence	Importance moyenne (Apportent 5% du financement du secteur)	Financière (Tiers payants) et en nature	Affectées
Administration	Services techniques du secteur	Capacité de fournir des prestations de qualités, satisfaire les besoins des utilisateurs	Insuffisance des ressources humaines, matérielles, médicaments, et logistiques insuffisance et vétusté des équipements ; insuffisance dans la régulation des services ; Insuffisance dans la gouvernance	Dégradation des conditions de travail Insuffisance dans la mise en œuvre et le suivi évaluation du PDS Objectivité du mécanisme	Elevée dans la mise en œuvre du PDS et stratégies	Elevée Conception, de la mise en œuvre, et Suivi du PDS et stratégies,	Techniques	Partie Prenante secondaire
	Autres services techniques	Disponibilité des données ; Implication dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du PDS.	Insuffisance de prise en compte des questions de santé dans l'élaboration des politiques et stratégies des autres secteurs ; L'insuffisance dans la mise en œuvre de la multisectorialité des actions	Faibles complétude et promptitude des informations ; Retention d'information ; faible capacité du secteur à délivrer	Elevée ; Résultats fortement liés à certaines actions des secteurs connexes (Hygiène, Eaux,	Elevée : Apport important dans la définition des stratégies et la mise en œuvre des actions	Conceptuelle, Technique, matériels, financière.	Partie Prenante secondaire

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
			de santé	des services de santé de qualité ;	Assainissement, alimentation, éducation, sport....)			
	Administration déconcentrée et décentralisée	Amélioration de l'état de santé des populations	Insuffisance de ressources Insuffisance de planification	Survenue des catastrophes : épidémies, des accidents routiers, ... Faible capacité des services de santé à couvrir les besoins	Elevée : Facilitation dans la mise en œuvre des politiques et stratégies	Elevée : Forte capacité d'accompagnement des services de santé Forte capacité décisionnelle	Appui technique, et financier	Partie Prenante secondaire
Société civile	Syndicats de la santé	Prise en compte des droits des travailleurs ; Amélioration des conditions de travail ; Motivation des travailleurs Implication dans la définition de politique, stratégies et leur mise en œuvre	Insuffisance dans l'application des textes ; Inexistence de plan de gestion des carrières ;	Insécurité au travail ; non mise en œuvre de certaines dispositions sécuritaires ;	Elevée : Forte influence dans le fonctionnement des services de santé ;Participation dans la formulation de politique et stratégies	Elevée : Maintien de la quiétude sociale	Conceptuelle, technique, plaidoyers ;	Partie Prenante secondaire
	Groupeements féminins	Couverture de leurs besoins en santé Développement de partenariat stratégique avec le secteur ; Implication dans la	Faible capacité financière, managériale et technique	Faible implication dans la prise de décision	influence moyenne dans la mise en œuvre d'activités	Importance élevée dans l'atteinte des résultats et la mise en œuvre des activités	Technique (Prestation de services)	Partie Prenante secondaire

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
		conception et la mise en œuvre des activités						
	Leaders d'opinion : Autorités coutumières, Autorités religieuses, ,	Amélioration de l'état de santé de nos populations ;	insuffisance de participation dans la mise en œuvre des actions de santé Insuffisance des ressources dans l'accompagnement des actions de santé	Inadéquation des actions avec certaines valeurs socioculturelles	Elevée : Forte influence dans l'acceptation des actions de santé par les populations ; Facilitation dans la mise en œuvre des actions de santé	Elevée : Forte capacité de mobilisation des populations	Technique (Prêches, Sensibilisation, Facilitation, communication, information)	Partie Prenante secondaire
	Elus	Amélioration de l'état de santé de nos populations ;	insuffisance de participation dans la mise en œuvre des actions de santé	Incapacité de répondre aux attentes des populations en matière de santé	Influence moyenne dans l'acceptation des actions de santé par les populations ; Facilitation dans la mise en œuvre des actions de santé	Faible	Technique Sensibilisation, plaidoyer communication, information)	Partie Prenante secondaire
	Ordres des différents corps de santé	Respect de l'éthique et de la déontologie dans le cadre de la profession Amélioration du suivi par le Ministère, de la qualité des prestations de soins et services	Inexistence de certains ordres faible de fonctionnalité de l'ordre existant Faible sollicitation de leurs prestations par l'administration sanitaire	Perte de crédibilité face à l'administration sanitaire Faible protection des droits des usagers	Elevée :	Importance moyenne dans l'atteinte des résultats	Technique	Partie Prenante secondaire

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
			Méconnaissance des missions des ordres par les utilisateurs					
PTF	Coopération bilatérale ; Coopération multilatérale ;	Prise en compte de leurs programmes de coopération dans les programmes nationaux et sectoriels ; Mise en œuvre efficiente du PDS Taux de décaissement crédits élevé ; Transparence dans la gestion des ressources	Délais long dans les décaissements	Substitution à l'Etat	Elevée : Forte influence dans le financement et le plaidoyer de la santé ;	Elevée	Technique, Financière, Matérielle	Partie Prenante secondaire
	Assurances : Mutuelles communautaires , Mutuelles des corps socioprofessionnels, Assurances maladies privées ;	Rationalisation des coûts de soins Avoir plus des soins de qualité pour leurs adhérents	Insuffisance de capacité de gestion Faible couverture d'assurance maladie Méconnaissance des mécanismes d'assurance par les adhérents Faible taux d'adhésion	Surconsommation de soins par les adhérents; Prise en charge des malades chroniques) Faillite	faible	Faible	Tiers payant	Partie Prenante secondaire
Prestataires	Professionnels de soins du	Satisfaction des bénéficiaires,	Insuffisance de personnels qualifiés et en quantités Surcharge de travail du	Dégradation des conditions de travail	Elevée	Elevée	Physique, Technique	Partie Prenante secondaire

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
	secteur public	Amélioration de l'état de santé de la population Sécurité au travail	personnel Non respect des normes et standards	Sous utilisation des services de santé Faible adhésion de la population aux services de santé				
	Services privés de santé,	Satisfaction des bénéficiaires, Pérennité de l'entreprise Continuité des soins Accompagnement de l'Etat Développement de partenariat entre le privé et le public	Insuffisance du Cadre juridique ; Contexte économique peu favorable	Pression fiscale forte	Faible	Moyen	Technique	Partie Prenante secondaire
	Fournisseurs, Consultants, Cabinets d'études	Transparence dans la contractualisation Développement du partenariat Pérennité de l'entreprise	Lourdeur des procédures Iniquité dans le traitement des DAO (Absence d'égalité dans l'attribution des marchés E	Faible accès aux marchés Favoritisme dans l'attribution des marchés Lenteur dans le règlement des factures ;	Faible	Faible	Conceptuelle, matérielle	Partie Prenante secondaire
	ONG et Associations	Contractualisation avec le secteur	Faible capacité technique et financière Faible participation aux	Faible capacité à honorer les engagements pris	Faible	Elevée	Technique Matérielle Financier	Partie Prenante secondaire

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
		Visibilité Participation dans les actions de santé Reconnaissance respect des engagements	actions de santé	Faible visibilité du secteur			Plaidoyer	
	Tradipraticiens	Satisfaction des bénéficiaires, Meilleure intégration dans les actions de santé	Faible capacité de production de médicaments traditionnels homologués; Faible encadrement	Transfert de la propriété intellectuelle par les tradipraticiens sans contrepartie	Elevée	Faible	Technique	Partie Prenante secondaire
Institutions	Formation : FSS, Ecoles privées de santé, Ecoles publiques	Disposer d'une politique de formation adéquate Assurer une formation de qualité Recrutement de personnes formées ;	Faible capacité en ressources humaines, matérielles des institutions Faible capacité d'encadrement des stages des étudiants Insuffisance de l'application des normes	Faible absorption des diplômés sur le marché de l'emploi	Elevée	Elevée	Technique)	Partie Prenante secondaire
	Recherche : CERMES, FSS, Faculté des Sciences, IRI, CNRD, CNRP, LANSPEX, INS, LASDEL	Assurer la promotion de la recherche Financement de la recherche ; Utilisation des résultats	Insuffisance de ressources financières ; Sous financement de la recherche en santé Insuffisance de chercheurs	Faible valorisation des résultats de recherches	Elevée	Moyenne	Conceptuelle technique	Partie Prenante secondaire

Parties prenantes ⁴³ en prenant en compte le genre		Attentes vis à vis du secteur	Problèmes majeurs des concernés	Craintes des concernés	Influence ⁴⁴ des concernés sur le secteur	Importance des concernés ⁴⁵ vis-à-vis du secteur	Formes de participation des concernés ⁴⁶ au développement du secteur	Types de parties prenantes ⁴⁷
Catégories ⁴⁸	Concernés							
		des recherches						

Tous les individus, groupes d'intérêt, institutions susceptibles d'exercer une influence ou d'être concernés par le développement du secteur.

¹ L'influence est jugée en fonction du pouvoir qu'une partie prenante peut exercer sur le processus et l'atteinte des résultats attendus. Elle peut être exercée en contrôlant directement le processus d'élaboration de la décision et en facilitant ou gênant la mise en œuvre.

¹ L'importance est évaluée en termes du rôle dans la réalisation des résultats escomptés et de l'objectif assigné. Elle peut être élevée, moyenne et faible.

¹ Les formes de participation peuvent être conceptuelles, physique, matérielle ou financière.

¹ Les trois types sont : (i) Les parties prenantes primaires directes (bénéficiaires), (ii) les parties prenantes primaires indirectes (affectées), (iii) les parties prenantes secondaires (autres parties prenantes intervenant dans le processus décisionnel, la gestion courante, les appuis)

¹ Catégorie : C'est le regroupement des concernés par groupe homogène.

ANNEXE 8 :

TABEAU V : SIMPLIFIE DES PROGRAMMES ET AXES STRATEGIQUES

Programmes et sous programmes		Axes stratégiques
Programme 01 : Gouvernance et Leadership		
1.1	Pilotage, dialogue et coordination des actions et des partenaires du MSP	Amélioration de la gouvernance et du leadership
1.2	Réformes sectorielles y compris la décentralisation	
1.3	Contrôles, audits et Inspection Générale des Services	
1.4	Participation communautaire	
1.5	Planification, suivi et évaluation	
1.6	Régulation et normalisation	
1.7	Communication (interne et externe), documentation et archivage	
1.8	Financements du secteur de la santé (accroissement et gestion)	Accroissement durable du financement de la santé
1.9	Gestion des ressources matérielles	Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants
1.10	Gestion des ressources humaines	Développement des Ressources Humaines pour la santé ;
1.11	Construction/réhabilitation et équipement d'infrastructures administratives et éducatives	Amélioration de l'offre de la qualité et de la demande des prestations
1.12	Information sanitaire	Renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé
1.13	Promotion de la recherche pour la santé	
Programme 02 : Accès aux soins et services de santé		
2.1	✓ Développement des Compétences	Développement des Ressources Humaines pour la santé ;
2.2	Construction/ Réhabilitation d'infrastructures sanitaires	Amélioration de l'offre de la qualité et de la demande des prestations
2.3	Promotion des mécanismes de protection contre le risque financier	
2.4	✓ Promotion du sous-secteur sanitaire privé Promotion du secteur sanitaire privé	
2.5	Acquisition et maintenance des équipements sanitaires	Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants
2.6	Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité	
2.7	Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	
Programme 03 : Prestations des soins et services de santé		
3.1	Lutte contre les maladies transmissibles	Amélioration de l'offre de la qualité et de la demande des prestations
3.2	Lutte contre les maladies non transmissibles	
3.3	Lutte contre les maladies tropicales négligées	
3.4	Santé de la Reproduction (Santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et de l'homme)	
3.5	Nutrition	
3.6	Promotion de la santé	
3.7	Assurance qualité des services et soins de santé	
3.8	Sécurité sanitaire, gestion des épidémies, urgences et catastrophes	

ANNEXE 8 : ARRETE DE CREATION DU COMITE DE PILOTAGE

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progress



Ministère de la Santé Publique
Secrétariat Général
Direction des Etudes
et de la Programmation
Division Programmation

000112

Arrêté N° _____ MSP/SG/DEP
du **03 AVR 2015** modifiant
l'arrêté N° 400
MSP/SG/DEP du 01er décembre 2014

Portant Création du Comité de Pilotage pour
l'élaboration du nouveau PDS, du CDSMT,
du Compact et la révision de la politique
sanitaire

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Vu la Constitution du 25 Novembre 2010 ;

Vu le décret n° 2011 – 001 /PRN du 07 avril 2011, portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret n° 2013 - 327/PRN du 13 Avril 2013, modifié et complété par le décret N° 2013 -335/PRN du 26 Août 2013 portant nomination des membres du gouvernement ;

Vu le décret n° 2011-220/PRN/MSP du 26 juillet 2011, déterminant les attributions du Ministre de la Santé Publique ;

Vu le décret n° 2013-554/PRN/MSP du 04 Décembre 2013, portant organisation du Ministère de la Santé Publique ;

Vu les recommandations de l'Atelier National de restitution des résultats de l'évaluation à mi - parcours du **PDS 2011-2015** tenu du 22 au 24 Septembre 2014 à Niamey ;

Arrête

- 1 -



Article premier :

Le Comité de Pilotage pour l'élaboration du nouveau Plan de Développement Sanitaire (PDS), du Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT), du Compact et de la révision de la politique sanitaire arrêté n°400MSP/SG/DEP du 1^{er} décembre 2014 est modifié comme suit :

Article 2 : Le Comité de Pilotage chargé de conduire le Processus d'élaboration du nouveau PDS, du CDSMT, du Compact et de la révision de la politique sanitaire a pour missions de :

- apprécier et valider les documents soumis par le Comité Technique ;
- Donner des orientations pour une meilleure conduite du processus ;
- Valider le choix de l'assistance technique nécessaire au processus.

Article 3 : Le Comité de Pilotage chargé de conduire le processus d'élaboration du nouveau Plan de Développement Sanitaire, du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDSMT), du Compact et de la révision de la politique sanitaire est composé comme suit :

- **Président** : Le Ministre de la Santé Publique ;
- **1^{er} Vice Président** : Le Conseiller principal en santé du cabinet du Premier Ministre
- **2^{ème} Vice Président** : Le Directeur Général du Plan du Ministère du Plan, l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire ;
- **3^{ème} Vice Président** : Le Chef de file des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ;
- **4^{ème} Vice Président** : Le Représentant de l'OMS ;
- **1^{er} Rapporteur** : - La Directrice Générale de la Santé Publique ;
- **2^{ème} Rapporteur** : Le Directeur des Etudes et de la Programmation ;
- **3^{ème} Rapporteur** : Le Directeur des Statistiques.
- **Membres**

Un Représentant de la Présidence de la République (PRN) ;

Un Représentant de la Commission Sociale de l'Assemblée Nationale (AN) ;

Un Représentant du Ministère de l'Enseignement Primaire, de l'Alphabétisation, de la promotion des Langues Nationales, et de l'Education Civique (MEP/A/PLN/EC) ;



Un Représentant du Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant (**MP/PF/PE**) ;

Un Représentant du Ministère des Finances (**MF**) ;

Un Représentant du Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (**MH/A**) ;

Un Représentant du Ministère de la Communication/relations avec les Institutions (**MC/RI**) ;

Un Représentant du Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation et des Affaires Coutumières et Religieuses (**MI/SP/D/ ACR**) ;

Un Représentant du Ministère du Développement Agricole (**MDA**) ;

Un Représentant du Ministère du Transport (**MT**) ;

Un Représentant du Ministère de la Justice et des Gardes de Sceaux (**MJ/GS**) ;

Un Représentant du Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative (**MFP/RA**) ;

Un Représentant du Ministère des Enseignements Secondaires (**MES**)

Un Représentant du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (**MES/R/I**) ;

Un Représentant du Ministère de la Jeunesse et des Sports (**MJ/S**) ;

Un Représentant du Haut Commissariat à la Modernisation de l'Etat (**HCME**) ;

Un Représentant du Haut Commissariat de l'Initiative 3 N (**HCI 3N**)

Le Président de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens –Dentistes ;

Le Président des Promoteurs des Formations Sanitaires Privées ;

Les Secrétaires Généraux des syndicats de la santé ;

Les Partenaires Techniques et Financiers (**PTF**) du secteur Santé ;

Un représentant du **ROASSN** ;

Les Responsables des Organisations Non Gouvernementales (**ONG**) internationales.

Article 4 : Le comité peut faire appel à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

Article 5 : Le Comité se réunit sur convocation de son président ou à la demande des parties prenantes et sur un ordre du jour bien déterminé.



Article 6 : Les frais du fonctionnement des Comités sont pris en charge par le budget affecté à cette activité dans le Plan d'Action Annuel (**PAA**) de la Direction des Etudes et de la Programmation du Ministère de la Santé Publique.

Article 7: Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal Officiel de la République du Niger.

MANO AGHALI

Ampliations :

PRN/CAB	01
PM/CAB	01
SG /MSP	01
ME/F	01
MDN	01
IGS	01
CT/MSP	01
DG/MSP	02
DC/MSP	13
AN	01
Tous Ministères	31
ROASSN	01
Structures Syndicales	09
Archives Nationales	01
JORN	01



ANNEXE 9 : ARRETE PORTANT CREATION DU COMITE TECHNIQUE

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progrès


Ministère de la Santé Publique
Secrétariat Général
Direction des Etudes
et de la Programmation
Division Programmation

Arrêté N° **000112** MSP/SG/DEP
du **03 AVR 2015** modifiant
l'arrêté N° 400 MSP/SG/DEP
du 01er décembre 2014

Portant Création du Comité Technique
chargé de l'élaboration du nouveau
PDS, du CDSMT, du Compact et de la
révision de la politique sanitaire

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Vu la Constitution du 25 Novembre 2010 ;

Vu le décret n° 2011 – 001 /PRN du 07 avril 2011, portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret n° 2013 - 327/PRN du 13 Avril 2013, modifié et complété par le décret N° 2013 -335/PRN du 26 Août 2013 portant nomination des membres du gouvernement ;

Vu le décret n° 2011-220/PRN/MSP du 26 juillet 2011, déterminant les attributions du Ministre de la Santé Publique ;

Vu le décret n° 2013-554/PRN/MSP du 04 Décembre 2013, portant organisation du Ministère de la Santé Publique ;

Vu les recommandations de l'Atelier National de restitution des résultats de l'évaluation à mi - parcours du **PDS 2011-2015 tenu du 22 au 24 Septembre 2014 à Niamey** ;

- 1 -



Arrête

Article premier :

Le comité technique chargé de l'élaboration du nouveau Plan de Développement Sanitaire (PDS), du Cadre des Dépenses sectorielles à Moyen Terme (CDSMT), du Compact et de la révision de la politique sanitaire créé au sein du Ministère de la Santé Publique , arrêté n°400MSP/SG/DEP du 1^{er} décembre 2014 est modifié comme suit :

Article 2 : Le Comité Technique Chargé de l'élaboration du nouveau PDS, du CDSMT , du Compact et de la révision de la politique sanitaire a pour missions de :

- proposer l'approche et la méthodologie devant permettre l'élaboration du nouveau PDS ainsi que ses déclinaisons régionales dans les délais du CDSMT, du Compact et de la révision de la politique sanitaire ;
- proposer les Termes de Référence (TDR) pour le recrutement des consultants devant appuyer le processus d'élaboration du nouveau PDS , CDSMT , du Compact et de la révision de la politique sanitaire ;
- mettre en œuvre les différentes étapes du processus conduisant à l'élaboration des différents documents sus cités et faire rapport au Ministre de la Santé Publique
- présenter l'état d'avancement du processus au comité de pilotage et aux réunions de concertation **MSP/PTFs** du secteur ;
- organiser les ateliers de validation des différents documents élaborés.

Article 3 : Le Comité Technique Chargé de l'élaboration du nouveau PDS, CDSMT, du Compact et de la révision de la politique sanitaire est composé comme suit :

- **Président** : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ;
- **1^{er} Vice Président** : Le Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Santé Publique
- **2^{ème} Vice Président** : Le Chef de file des PTFs
- **1^{er} Rapporteur** : - Le Directeur des Etudes et de la Programmation (DEP) ;
- **2^{ème} Rapporteur** : Le Directeur des Statistiques (DS)
- **Membres :**
 - ✓ L'Inspecteur Général des services ou son représentant ;
 - ✓ Un conseiller Technique du MSP ;



- ✓ Le Directeur Général des Ressources ou son représentant ;
- ✓ La Directrice Générale de la Santé Publique ou son représentant ;
- ✓ Le Directeur Général de la Santé de la Reproduction ou son représentant ;
- ✓ Le Représentant du Cabinet du Premier Ministre ;
- ✓ Le représentant du Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire ;
- ✓ Le représentant du Secrétariat Permanent du Plan de Développement Economique et Social (**SP/PDES**) ;
- ✓ Le représentant de la cellule chargée du suivi de l'action gouvernementale ;
- ✓ Le Représentant de la Direction Générale du Budget au Ministère des Finances ;
- ✓ Le Représentant de la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique ;
- ✓ Le Représentant de l'Institut National de la Statistique (**INS**) ;
- ✓ Tous les Directeurs Nationaux du MSP ;
- ✓ Tous les Directeurs Généraux des **EPA/EPIC** et **EPST** ;
- ✓ Tous les Coordinateurs des Programmes Nationaux de la Santé ;
- ✓ Tous les Directeurs des Centres Nationaux de Référence ;
- ✓ La Coordinatrice Inter sectorielle de Lutte contre le Sida ou son représentant ;
- ✓ Un représentant de **ECHO** ;
- ✓ Un représentant de l'**ONG Save the Children** ;
- ✓ Un représentant de **AFD** ;
- ✓ Un représentant de l'**AECID** ;
- ✓ Deux représentants de l'**OMS** ;
- ✓ Un représentant de l'Union Européenne,
- ✓ Deux représentants du secteur privé ;
- ✓ Un représentant de la coordination du **FC/PDS** ;
- ✓ Trois représentants du **PAI/MSP** ;
- ✓ Trois représentants de l'**UNICEF** ;
- ✓ Un représentant des **PTF/FC** ;
- ✓ Le Directeur Général de l'Institut de la Santé Publique ou son représentant
- ✓ Un représentant de la Faculté des Sciences de la Santé (**FSS**) ;
- ✓ Le représentant du service de Santé des armées du Ministère de la Défense Nationale ;
- ✓ **Les Chefs de Divisions de la DEP** ;

Article 4 : Le comité peut faire appel à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire à l'accomplissement de leur mission.



Article 5 : Le comité peut se subdiviser en sous comités en cas de nécessité.

Article 6 : Le Comité se réunit sur convocation de son président ou à la demande des parties prenantes avec un ordre du jour bien déterminé.

Article 7 : Les frais du fonctionnement des Comités sont pris en charge par le budget affecté à cette activité dans le Plan d'Action Annuel (**PAA**) de la Direction des Etudes et de la Programmation (**DEP**) du Ministère de la Santé Publique (**MSP**).

Article 8 : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal Officiel de la République du Niger.

MANO AGHALI



Ampliations :

PM/CAB	01
SG /MSP	01
ME/F	01
MDN	01
IGS	01
CT/MSP	01
DG/MSP	03
DC/MSP	17
EPA/EPIC/EPST	13
P/P	12
CNR	10
PTF	15
Tous Ministères	31
Archives Nationales	01
JORN	01