



**REPUBLIQUE DU NIGER**  
FRATERNITE-TRAVAIL -PROGRES



Organisation mondiale de la Santé  
Représentation du Niger

# COMPTES NATIONAUX DE SANTE

**EXERCICES 2002-2003**

Juin 2005

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES**

---

# TABLE DES MATIERES

Pages

ACRONYMES.....	I
LISTE DES TABLEAUX.....	II
LISTE DES GRAPHIQUES.....	III
EQUIPE DE TRAVAIL.....	IV
PREFACE.....	V
RESUME.....	I
1. INTRODUCTION.....	1
2. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE.....	1
3. METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	2
4. DIFFICULTES RENCONTREES.....	3
5. CONCEPTS ET DEFINITIONS.....	3
<i>CHAPITRE I: PROBLEMES ET NIVEAU DE SANTE AU NIGER.....</i>	<i>7</i>
1.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	8
1.2. INDICATEURS DE SANTE.....	9
1.3. SERVICES PRODUITS PAR LE SECTEUR SANTE.....	11
<i>CHAPITRE II: DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE DE FINANCEMENT.....</i>	<i>16</i>
2.1. NIVEAU DE LA DEPENSE DE SANTE.....	17
2.2. SOURCES DE FINANCEMENT DE LA SANTE.....	17
2.3. REPARTITION DES RESSOURCES FINANCIERES ENTRE LES PRESTATAIRES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE.....	22
2.4. CLASSIFICATION FONCTIONNELLE DES DEPENSES DES PRESTATAIRES.....	24
2.5. PROJECTIONS DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE DE FINANCEMENT.....	27
<i>CHAPITRE III: ANALYSE SECTORIELLE.....</i>	<i>29</i>
3.1. ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA SANTE.....	30
3.2. ANALYSE DE LA STRUCTURE DU BUDGET DU MSP/LCE.....	35
<i>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</i>	<i>43</i>
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	1
ANNEXES.....	1

## ACRONYMES

BALD :	Bureau d'Animation et de liaison pour le développement
CADMS :	Cellule d'Appui au Développement des Mutuelles de Santé
CERMES :	Centre de Recherches Médicales et Sanitaires
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNAL :	Centre National Anti-Lèpre
CNAT :	Centre National Anti-Tuberculeux
CNRP :	Centre National de Radio-Protection
CNSR :	Centre National de Santé de la Reproduction
CNS :	Comptes Nationaux de Santé
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS :	Centre National de transfusion Sanguine
CPN :	Consultation Périnatale
CS :	Case de Santé
CSI :	Centre de Santé Intégrée
CTA :	Centre de traitement Ambulatoire
CUN :	Communauté Urbaine de Niamey
DNI :	Direction Nationale des Immunisations
DNPEV :	Direction Nationale du Programme Elargi de vaccination
DRSP :	Direction Régionale de la Santé
DS :	District Sanitaire
EDSN :	Enquête Démographie, Santé/Nutrition
EPA :	Etablissement Public à caractère Administratif
FS :	Formation Sanitaire
HD :	Hôpital de District
HKI :	Helen Keller International
IRI :	Institut de Radio Isotope
LANSEX :	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
MICS :	Enquête à Indicateurs Multiples
MSP/LCE :	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
ODM :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDS :	Plan de Développement Sanitaire
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PIB :	Produit intérieur Brut
SEEN :	Société d'Exploitation des Eaux du Niger
UE :	Union Européenne
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## ***LISTE DES TABLEAUX***

Tableau 1 : Répartition des établissements privés de santé par catégorie en 2003

Tableau 2 : Quelques indicateurs de Santé en 2003

Tableau 3 : Couverture par les services de santé (données des services)

Tableau 4 : Sources de financement par type d'institution, année 2003

Tableau 5 : Sources par nature du financement, année 2003

Tableau 6 : Répartition des ressources financières entre les prestataires, année 2003

Tableau 7 : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé

Tableau 8 : Evolution des parts relatives des dépenses de santé par source de Financement

Tableau 9 : Dépenses du Secteur Privé Santé 2002-2003 par région

Tableau 10: Structure de la Coopération Internationale par source de financement en 2003

Tableau 11 : Evolution du budget du MSP/LCE de 1998 à 2003

Tableau 12 : Niveau d'exécution des crédits alloués au MSP/LCE

Tableau 13 : Structure des dépenses de santé par niveau

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

- Graphique 1 : Taux de couverture sanitaire par gradient de pauvreté régionale, année 2003
- Graphique 2 : Accessibilité géographique selon le milieu de résidence
- Graphique 3 : Vaccinations infantiles au cours de la période 2000-2003
- Graphique 4 : Taux de couverture en DTCP3 selon le milieu, année 2003
- Graphique 5: Couverture vaccinale selon l'antigène et la région, année 2003
- Graphique 6: Continuité dans l'utilisation des services de vaccination, année 2003
- Graphique 7 : Planification familiale, consultations prénatales et accouchements assistés par régions
- Graphique n°8 : Sources de financement par type d'institution, année 2003
- Graphique n°9 : Part des dépenses allouées à la santé dans les budgets consommation des ménages selon le milieu
- Graphique n°10 : Sources par nature du financement, année 2003
- Graphique n°11 : Répartition des ressources entre les prestataires, année 2003
- Graphique n°12 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé, Année 2003
- Graphique n°13 : Structure de la Coopération Internationale par source de financement en 2003
- Graphique n°14 : Classification économique des dépenses de la Coopération Internationale en 2003
- Graphique15 : Evolution des indices du budget du MSP, du budget de l'Etat et du PIB (1994-2003)
- Graphique 16 : Evolution de la structure du budget du MSPLCE (1998-2003)
- Graphique17 : Evolution de l'exécution du budget du MSPLCE (1998-2003)
- Graphique 18 : Crédits alloués par le MSP/LCE et dépenses par niveau en 2003
- Graphique 19 : Classification Economique des dépenses du MSP/LCE

## ***Equipe de travail***

Ce document a été préparé par une équipe composée des cadres nationaux ci-après:

- Monsieur Abdoulaye Abou, documentaliste informaticien, Secrétariat Général, MSP/LCE
- Monsieur Garba Djika, Directeur adjoint des Affaires Financières, MSP/LCE
- Monsieur Moumouni Alhassane, Direction des
- Monsieur Amadou Roufaye Aboubacar, informaticien Direction de la Formation et de la Gestion du Personnel, MSP/LCE
- Monsieur Sidikou Soumana, économiste, Direction de la Politique sanitaire, de la Planification et de la Coopération, MSP/LCE
- Monsieur Sadou Garékam, Planificateur, Direction de la Politique sanitaire, de la Planification et de la Coopération, MSP/LCE
- Monsieur Ousmane Oumarou, Technicien Supérieur en Soins Infirmiers, Direction de la Réforme Hospitalière, MSP/LCE
- Monsieur Yaro Hamidou, économiste, Direction de la Politique sanitaire, de la Planification et de la Coopération; MSP/LCE
- Madame Chégou Aminata, Inspectrice Centrale des Impôts, Ministère de l'Economie et des Finances
- Monsieur Moussa BIZO, économiste de la Santé, OMS/Niger

Cette équipe a reçu l'appui conseil des personnes ci-après :

- Monsieur Zouma Salifou, Secrétaire général du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies
- Monsieur Boureima Hamidou, Directeur de la Politique Sanitaire, de la Planification et de la Coopération, MSP/LCE

## PREFACE

### PREFACE

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 de justice sociale. Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé adéquat répondant aux besoins de plus en plus croissants des individus, des familles et des communautés en matière de santé.

Conscient de cette situation, le Ministère de la Santé Publique a entrepris depuis le début des années 90s, de profondes réformes de son système de santé. Un des principaux buts de ces réformes est de rendre le système beaucoup plus performant et capable de produire des services et soins de santé conformément aux attentes des populations.

En initiant l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS), le département en charge de la santé publique se donne les moyens pour une meilleure maîtrise du système de santé et pour le contrôle de sa performance. Il se place également dans une position de disposer régulièrement de bases factuelles lui permettant des prises de décisions efficaces et efficaces en matière de politiques.

En effet, étant un puissant instrument de prise de décision, les CNS constituent un apport considérable dans la gestion et la mesure des performances du système de santé. Ils donnent une vue d'ensemble des flux financiers et autres ressources mises à la disposition du secteur ainsi que leur traçabilité pour une période donnée. Ils permettent également de déceler les déséquilibres aussi bien dans l'offre que la demande des services et soins de santé.

L'importance et la qualité des informations fournies par les CNS, aident les principaux acteurs et partenaires du secteur de la santé à mener des réflexions poussées en vue d'aboutir à des décisions tendant à corriger les dysfonctionnements du système.

Ce premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé a permis de cerner les mouvements des ressources affectées au secteur et l'utilisation qui en est faite. Ainsi, la réalisation périodique des CNS pourrait être un exercice permettant de rassembler les informations nécessaires au suivi des politiques et stratégies sanitaires mises en œuvre dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Dans son élan de réformes du système de santé, notamment à travers la mise en œuvre de l'Approche Sectorielle, la production régulière des CNS vient à point nommé et son institutionnalisation reste une priorité du Ministère de la Santé Publique.

**Ary Ibrahim**

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



## REMERCIEMENTS

L'équipe chargée de la production de ce rapport tient à remercier tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail. Plus particulièrement, l'équipe adresse ses remerciements à :

- ◇ Monsieur le Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre les Endémies pour l'attention toute particulière qu'il a accordé à l'équipe et les sages conseils prodigués tout au long des travaux.
- ◇ Différents responsables des services publics de santé pour leur collaboration
- ◇ Président de l'association des professionnels privés de la santé et de tous ses collaborateurs pour leur collaboration.
- ◇ Responsables et cadres des institutions partenaires du secteur de la santé: Ministères connexes, Société civile oeuvrant dans le secteur de la santé et les Partenaires Techniques et financiers du secteur pour la mise à disposition des données à l'équipe.
- ◇ Ministère de l'Economie et des Finances, pour son implication dans le processus
- ◇ Madame Van de Maele Nathalie, OMS Genève pour son appui technique, logistique et ses précieux conseils.

Enfin, l'équipe remercie vivement l'Organisation mondiale de la Santé pour son appui technique et financier à la réalisation de ce rapport.

## RESUME

Les analyses faites dans le présent rapport des comptes nationaux de santé 2002-2003 mettent l'accent sur le volume des flux financiers du secteur, leur provenance et leur distribution dans le système de santé. Mais, c'est d'abord les problèmes et niveau de santé qui ont été présentés à travers l'organisation du système de santé, les indicateurs de santé, l'accessibilité aux soins et les services produits en matière de santé maternelle et infantile.

En effet, le système de santé public nigérien est organisé selon le découpage administratif. Il est composé de trois niveaux :

- 1- un niveau central : Cabinet du Ministre et Directions Générales et Nationales;
- 2- un niveau intermédiaire : responsable de l'appui technique, il est composé des Directions Régionales de la Santé Publique (7 DRSP + DRSP/CUN) ;
- 3- Un niveau périphérique : correspondant au niveau opérationnel composé de 42 Districts Sanitaires.

Du point de vue technique, le système comprend des hôpitaux nationaux et centres de référence, des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de district. Pour la production de soins, le système dispose de formations sanitaires publiques et d'établissements privés de santé. Le secteur privé est beaucoup plus présent en milieu urbain qu'en milieu rural.

De l'analyse du fonctionnement du système, il ressort d'une manière générale que, le niveau actuel des indicateurs de santé place le Niger parmi les pays de l'Afrique au Sud du Sahara où le niveau de santé est très bas. Le taux de mortalité infantile est de 126‰ et celui de la mortalité maternelle avoisine 7‰. La couverture sanitaire est passée de 47,6% en 2000 à environ 49,8% en 2003 sans les cases de santé. Cependant Malgré cet accroissement significatif l'accessibilité géographique des services de santé est toujours faible et des disparités considérables continuent d'exister entre les régions pauvres et les régions riches d'une part et d'autre part entre les milieux urbain et rural. On estime à 100% l'accès aux centres de santé de la population de Niamey, la capitale et à environ 75% celui de la population de la région d'Agadez au nord du pays. Dans les autres régions, cette proportion est comprise entre 39 et 55%. Le milieu rural est défavorisé avec 28% seulement de la population ayant accès à une formation sanitaire de proximité.

En matière de vaccination, la situation s'est sensiblement améliorée. Le taux d'enfants complètement vaccinés est passé de 22,5% en 2000 à 50% en 2003. Cependant, il existe un déséquilibre important entre le milieu rural et le milieu urbain. La couverture vaccinale des enfants du milieu rural est nettement inférieure à celle des enfants du milieu urbain : 14,6% seulement des enfants du milieu rural sont complètement vaccinés contre 61,3% en milieu urbain. Aussi, il ressort que le niveau d'utilisation des services par les enfants est très faible aussi bien pour la tranche d'âge de 0-11 mois (nombre de consultations par enfant s'estime à 0,57) que pour celle de 0-59 mois (nombre de consultations par enfant = 0,35).

Concernant la santé de la reproduction, aujourd'hui encore l'offre des services demeure insuffisante et des inégalités importantes existent entre les régions. Alors qu'à Niamey, la capitale du pays, 25,7% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent les services de planning familial (PF), 89,2% des femmes enceintes ont au moins une consultation prénatale au cours de la grossesse et 77,7% des accouchements sont assistés par un professionnel de la santé ; dans les autres régions du pays, en dehors d'Agadez et de Diffa, la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent les services de planning familial n'atteint guère 5% et les accouchements assistés par un professionnel de la santé 20%. Ces proportions sont encore plus faibles dans les régions de Zinder, Tillabéri et Maradi.

Concernant les flux financiers dans le secteur, et sur la base des informations disponibles, la dépense globale de santé est estimée en 2003 à environ 38,518 milliards de francs CFA soit près de 3 355,75 FCFA par habitant ou 5,72 \$ US au taux de change de 1\$ US = 586,6 FCFA. Elle représente 2,71% du PIB.

Quant à la consommation médicale (ensemble des biens et services médicaux consommés), son niveau a atteint la même année 19,5 milliards de francs CFA soit 1 705 francs CFA par habitant et par an. Ce niveau de la consommation médicale confirme la faiblesse de l'accès de la population aux soins et aux biens médicaux.

Les ressources affectées au secteur santé proviennent principalement de l'Etat qui, par le biais de son budget a financé 38,54% des dépenses totales de santé dont 99,26% sont destinés au Ministère de la Santé et 0,74% aux autres ministères. Cependant, ces ressources sont constituées de 12,3% d'emprunts auprès de la Banque Mondiale. En deuxième position se placent les ménages avec 33,66% des dépenses totales de santé. La coopération internationale, catégorie qui comprend les coopérations bi et multilatérales et les organisations non gouvernementales internationales a apporté 25,80% de l'ensemble des ressources financières mobilisées pour le secteur. Cette proportion n'inclue pas les emprunts auprès de la Banque Mondiale. Ces emprunts comptabilisés au titre de la coopération internationale relèvent sa part au financement de la santé à 30,53% et celle de l'Etat tombe à 33,51%. Les parts des autres sources sont très faibles : 0,64% pour les collectivités locales et 1,36% pour les ONG nationales.

L'analyse des flux financiers dans le secteur montre que les ressources mobilisées ont été principalement affectées aux établissements publics de soins (76,53%) notamment le réseau des soins de santé de base qui ont bénéficié de 84,56% des ressources mobilisées dans le cadre de la coopération internationale. Les officines ou fournisseurs des biens médicaux ont bénéficié de 16,08% de l'ensemble des ressources. Au niveau du secteur privé moderne dans son ensemble, ont été effectuées 1,63% de la dépense globale de santé. Environ 5,7% des flux financiers sont partis du côté des mutuelles et des services d'assurance. Quant à la part de la médecine traditionnelle, elle est marginale (0,06% du total des ressources mobilisées).

La classification fonctionnelle des dépenses donne les résultats ci-après :

- Les soins ambulatoires ont représenté 31,15% de la dépense globale et les soins hospitaliers 2,26%.
- Les médicaments et biens médicaux utilisés sous la forme de bien de consommation finale par les patients ont constitué 16,08% des dépenses du système national de santé.
- Les dépenses pour l'encadrement du système par son administration ont représenté 41,10% de la dépense globale de santé.
- Le poste « autres » regroupant les ressources mobilisées par les collectivités locales, les mutuelles, l'assurance maladie, les ONG et une partie des ressources de la coopération internationale ne sont pas classées à cause de l'insuffisance des informations disponibles. Elles sont regroupées dans le poste « autres » et ont représenté 7,44% des dépenses.
- Les dépenses de formation, de recherche et d'enseignement ont constitué 1,97% des dépenses totales.

L'analyse sectorielle montre que le budget du Ministère de la Santé est insuffisant car son financement est intimement lié aux performances de l'économie et aux faibles capacités fiscales de l'Etat. En effet, ce budget :

- représente jusqu'à une date récente près de 6 % du budget général de l'Etat contre 10 % recommandé par l'OMS et 15% par le Sommet des Chefs d'Etat d'Abuja;

- ne dépasse pas par habitant en moyenne 2 600 FCFA sur la période 1998-2003 contre plus de 6 500 FCFA en comparaison des dépenses attendues selon « Better Health for Africa » ;
- représente près de 2,46 % du PIB en 2003 contre 1,7-1,8 % au début des années 90s.

Toutefois, l'examen de l'évolution du budget du Ministère de la Santé per capita et en FCFA constants montre que, durant les trois dernières années, l'Etat a déployé des efforts eu égard à ce secteur. En 2003, les ressources budgétaires affectées à la santé par l'Etat ont représenté 8,6% de son budget général.

L'analyse des crédits budgétaires alloués (et dépensés) par le MSP/LCE, montre que 90,12% de ces crédits profitent aux structures centrales (subventions EPA et dépenses communes telles que le salaire, l'eau, l'électricité, le téléphone, les médicaments, les vaccins, le carburant, l'entretien des véhicules et le matériel technique) contre 9,88% au réseau de soins de santé de base (les centres de santé intégrés, les hôpitaux de district), aux centres hospitaliers régionaux et à l'administration des niveaux district et régional.

Plusieurs pays donateurs et organisations internationales participent activement au financement du secteur de la santé au Niger. L'analyse fait ressortir que le financement de la coopération internationale au profit de la santé provient plus des organisations internationales (52,67%) que de la coopération bilatérale et multilatérale comprenant les ONGS (47,33%). On dénote toutefois, l'absence de données sur certaines sources non moins importantes comme la Coopération Belge, la coopération japonaise, la coopération chinoise, etc. Les trois organisations internationales qui sont l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et l'Union Européenne représentent à elles seules plus de 55% de l'ensemble des aides pour la santé, les Organisations Non Gouvernementales 21,08% et la coopération bilatérale (coopération Française, Coopération Canadienne) 23,62%.

Eu égard à cette situation, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

#### **A l'endroit du MSP/LCE,**

- La mise en place d'un système de gestion fiable et de circulation de l'information à tous les niveaux du système de santé par l'intégration entre autres dans les supports SNIS des données financières et hospitalières ;
- La poursuite de la sensibilisation et de l'information des acteurs et partenaires de la santé sur l'importance des comptes nationaux de santé et leur nécessaire implication dans le processus;
- La poursuite de l'exercice annuel d'élaboration et de restitution des CNS ;
- L'informatisation du système de gestion à tous les niveaux ;
- La décentralisation effective de la gestion budgétaire ;
- L'allocation des ressources sur la base des besoins et des performances en privilégiant les régions défavorisées dans un esprit d'équité et d'efficacité des dépenses publiques. L'allocation des ressources devrait tenir compte d'un certain nombre de critères objectifs tels que la population, le niveau de pauvreté des régions et des districts sanitaires, l'accessibilité géographique etc.

#### **A l'endroit du Gouvernement,**

- Le renforcement du financement du secteur à travers les mesures suivantes :
  - le développement de nouvelles alternatives de financement de la santé (mutuelles de santé, assurance maladie etc.) ;
  - la création d'organismes publics d'assurance maladie ;
  - le remplacement des 80% de prise en charge des fonctionnaires par l'Etat par une enveloppe globale servant de cotisations à l'assurance maladie ;
  - L'augmentation progressive de la part du budget de la santé pour atteindre au moins 15% du budget de l'Etat en mettant notamment à profit les opportunités créées à travers l'Initiative PPTE ;
  - L'application de manière effective de l'initiative 20/20,

La mise en œuvre de ces différentes recommandations permettra sans doute d'améliorer et de maîtriser le financement du secteur et d'accroître ainsi ses performances.

## 1. Introduction

Le présent exercice des comptes nationaux de santé, le premier du genre permet d'analyser les dépenses de santé en se basant sur les points suivants:

- Le niveau des dépenses de santé;
- les sources de financement de la santé ;
- la production et la consommation des soins de santé.

Cependant, élaborer les comptes nationaux de santé au Niger n'est pas un travail aisé. En effet, pour la plupart des responsables des structures sanitaires, la gestion des données chiffrées à travers un archivage correct est une tâche supplémentaire pour laquelle ils n'ont généralement pas reçu de formation. Or les comptes nationaux de santé sont avant tout un recueil de données chiffrées ayant pour but de retracer l'ensemble des flux financiers qui ont affecté le secteur. C'est pourquoi, après les réunions inter pays de sensibilisation sur les comptes nationaux de santé, le Niger s'est engagé dans un processus d'élaboration des comptes nationaux de santé en collaboration avec l'OMS.

L'élaboration d'un tel document permet d'avoir une vue d'ensemble sur le secteur et d'en tirer des leçons afin d'améliorer la gestion et l'efficacité du système national de santé.

Les comptes nationaux de santé 2002-2003 du Niger vont quantifier les actions menées par les acteurs de la santé, déterminer les financeurs, la nature de l'aide apportée et les structures bénéficiaires des ressources mobilisées.

Mais, c'est d'abord le contexte socio-économique dans lequel s'effectue l'élaboration des comptes nationaux de santé qui est décrit. Ensuite, la méthodologie utilisée a été expliquée et les concepts utilisés en matière de compte de santé sont définis.

Après ces parties introductives, le rapport des comptes nationaux de santé 2002-2003 se compose de trois (3) chapitres :

- le chapitre 1 présente la situation sanitaire du pays en indiquant le niveau des indicateurs de santé et les problèmes d'accessibilité de la population aux soins ;
- le chapitre 2 indique le niveau de la dépense globale de santé, les sources de financement et les bénéficiaires des ressources mobilisées ;
- le chapitre 3 présente l'analyse sectorielle des dépenses de santé.

## 2. Contexte socio-économique

A l'instar des autres pays en voie de développement, le Niger se trouve confronté à des graves crises surtout économiques et financières. L'évolution de son économie sur la décennie 1990-2000 a été caractérisée par une faible croissance avec un taux annuel moyen de 1,9%. L'augmentation du taux de croissance à 3,9 % en 2003 n'a pas permis une amélioration significative du revenu par habitant du fait d'une forte croissance démographique (3.1%). Il en résulte une insuffisance de ressources eu égard à l'importance des objectifs de développement visés. A cette insuffisance s'ajoutent de nombreux problèmes d'allocation et de gestion des ressources existantes. Selon le dernier rapport sur le Développement Humain Durable, le Niger occupe le 174<sup>ème</sup> rang dans le classement des Nations.

En plus l'économie du pays est fortement liée à l'agriculture et l'élevage (près de 37% du PIB en 2003) qui sont eux mêmes dépendants des conditions climatiques très souvent peu favorables à une bonne productivité, ce qui contribue à maintenir le PIB à un niveau faible (estimé à 1442,9 milliards en 2003). Au-delà des aspects conjoncturels et sectoriels, la faiblesse de la croissance

est due, entre autres, à l'insuffisance de l'épargne et de l'investissement. Le poids de la Formation Brute de capital fixe (légèrement supérieure à l'Épargne Nationale Brute) dans le PIB, en quasi-stagnation depuis plusieurs années, avoisine 10%. Le faible écart entre la croissance économique et l'accroissement démographique ne permet pas au Niger d'honorer ses engagements sur le plan intérieur et extérieur. Sous le poids de cette dette intérieure et extérieure, le pays a des difficultés à faire face aux dépenses de fonctionnement des services étatiques y compris ceux de la santé et d'investissement. L'encours de la dette extérieure en 2001 est estimé à 1013 milliards de francs CFA; la dette intérieure quant à elle était estimée à 302 milliards de francs CFA en 2002 contre 118 milliards en 1995.

Face à ces difficultés financières et économiques auxquelles s'ajoute un taux de chômage élevé, l'Etat a engagé des réformes visant à impliquer plusieurs partenaires dans le financement de la santé. A travers ces réformes le secteur a été ouvert aux privés, à la participation des collectivités et des communautés bénéficiaires. Cette ouverture a permis la mise en place de plusieurs structures sanitaires privées dont des établissements de soins et officines. Devant un développement très peu contrôlé du secteur privé intervenu dans un contexte de démocratisation, de décentralisation et de privatisation auxquels l'Etat était peu préparé, la maîtrise des coûts de financement de la santé devient difficile. La non maîtrise des coûts de financement et des dépenses de santé au niveau de l'Etat a été compliquée davantage par le développement abusif du secteur informel de la santé dans le domaine du médicament. L'insuffisante organisation du système a comme conséquence une iniquité dans l'accès aux soins de santé. Les ménages financent leur santé à des coûts qui varient d'une zone à une autre ou d'un établissement de soins à un autre et les prix des médicaments essentiels changent d'une officine à une autre. En outre la qualité des prestations n'est pas toujours assurée. Face à ce problème d'iniquité d'accès aux soins de santé qui d'ailleurs se fait à des coûts très élevés non adaptés aux réalités socio-économiques par manque de législation claire pour le secteur privé et dans un pays où plus de 63 % de population vit en dessous du seuil de la pauvreté, il est important de pouvoir maîtriser le coût de la santé afin de les alléger et dégager des économies qui pourraient être consacrés à renforcer l'économie du pays à travers l'élevage et l'agriculture. Aussi, pour une meilleure maîtrise des coûts de la santé au Niger une revue des comptes de santé s'impose.

### **3. Méthodologie de Travail**

La méthodologie adoptée par l'équipe a consisté à :

1. Sensibiliser et informer les autorités et les principaux acteurs sur les enjeux des comptes nationaux de santé ;
2. Collecter les données ;
3. Traiter et analyser les données collectées ;
4. Organiser un atelier de validation du document.

Concernant la sensibilisation et l'information des autorités et des principaux acteurs, en plus des contacts directs, des correspondances ont été adressées aux responsables des institutions intervenant dans le domaine de la santé (départements ministériels, mutuelles, offices, CNSS, Comité des Assurances, Organisations Non Gouvernementales Internationales et Nationales, Organismes et autres Institutions Internationales...) dans le but de leur expliquer l'importance des Comptes Nationaux de Santé.

La collecte des données a consisté dans un premier temps en une revue documentaire qui a permis de concevoir les supports de collecte. Dans un second temps, ces supports ont été testés par l'équipe avant d'être administrés aux différents acteurs. Une mission d'appui au remplissage des supports aux niveaux régional et départemental a permis à l'équipe de disposer des données nécessaires.

Le traitement et l'analyse des données ont été faits à travers un atelier. Au cours de cet atelier, les données recueillies ont été ordonnées et organisées en tableaux à l'aide d'un logiciel (Excel) et le plan de rédaction a été conçu. Ces tableaux ont été ensuite commentés. Le premier draft du document est enrichi au cours d'un atelier de validation qui a regroupé l'ensemble des partenaires du secteur.

#### **4. Difficultés rencontrées**

En matière de Collecte des données, malgré la sensibilisation et l'information, certaines structures ont rencontré des difficultés dans le remplissage des supports. Le temps dont l'équipe a disposé pour la visite de terrain a été insuffisant. L'absence d'archivage au niveau de nombreuses structures a rendu plus difficile l'accès aux informations recherchées. Au niveau des structures du secteur public, il a été relevé le peu d'intérêt manifesté par certains agents. Quant au secteur privé, on note une très faible collaboration au niveau de certains centres urbains. La même remarque est valable pour certains partenaires au développement. Les moyens matériels et financiers mis à la disposition de l'équipe ont été très insuffisants vue l'ampleur du travail, l'immensité du pays et les difficultés du terrain.

#### **5. Concepts et Définitions**

##### Comptes nationaux de santé

Les comptes nationaux de santé sont un ensemble de matrices ou tableaux, qui présentent les différents aspects des dépenses de santé d'un pays. Les comptes nationaux de santé regroupent les dépenses de santé totales d'un pays, y compris les dépenses publiques, privées et des donateurs. Ils mesurent le pouls financier du système national de santé en apportant des réponses à des questions comme :

- Qui, au niveau du pays financent les services de santé ?
- Combien dépensent –ils ? Et sur quels types de services ?
- A qui profitent toutes ces dépenses en santé ?

##### Soins hospitaliers

Les soins hospitaliers peuvent être scindés en deux : (i) ceux qui concernent l'activité hospitalière pure et complète (patient intérieur), c'est-à-dire des soins hospitaliers, stricto sensu (ii) et ceux qui sont liés à l'hospitalisation partielle (urgence principalement) et aux consultations externes qu'on peut appeler les «soins ambulatoires » (patient externe). Ce second type de soins est versé dans les soins ambulatoires

On entend par hôpital ou assimilé :

- les hôpitaux publics du Ministère de la Santé Publique c'est-à-dire les hôpitaux nationaux, les Maternités de Référence, les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Hôpitaux de District (HD), ainsi que les Centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- les hôpitaux militaires ;
- les hôpitaux privés ;
- les hôpitaux confessionnels ;
- les polycliniques et cliniques privées ;

##### Soins ambulatoires

Ce sont des soins qui se font dans les structures de santé suivantes:

- réseau de soins de santé de base du Ministère de la Santé Publique (y compris le contrôle sanitaire aux frontières);
- infirmeries militaires ;
- infirmeries et centres sociaux des œuvres sociales des Ministères ;
- infirmeries des Offices et des entreprises privées ;
- cabinets libéraux (médecins généralistes, médecins spécialistes, paramédicaux) ;
- laboratoires d'analyses médicales ;
- salles de soins des paramédicaux et des ONG.

Sont compris également dans ces soins quelques prestations assurées dans les Instituts et Laboratoires Nationaux du MSP (CERMES, CNTS, CTA, CNAT, CNAL, CNSR), la médecine de travail, la médecine pénitentiaire ainsi que la médecine scolaire et universitaire.

Dans le secteur public, on peut distinguer deux types de soins ambulatoires : préventifs et curatifs. Les premiers sont liés, en général, aux programmes sanitaires (activités de santé publique) tels que le PEV, la PF, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de Lutte contre la Cécité, le Programme de Lutte contre les IST/VIH/SIDA, le Programme de Lutte contre la Tuberculose,... (tous les programmes en dehors de ceux qui sont listés exhaustivement dans «la prévention sanitaire collective », voir ci-dessous). Les seconds sont constitués par toutes les autres activités hors programmes sanitaires. Il est vrai que dans ces soins (curatifs), il existe des activités de prévention individuelles, mais l'état actuel du système d'information ne permet pas de les détacher.

### Prévention sanitaire

La prévention sanitaire collective comprend toutes les activités destinées à améliorer l'état de santé de la population et en évitant les maladies et les accidents. Il s'agit de prestations visant la communauté dans son ensemble. Il s'agit notamment :

- du contrôle sanitaire des cultures et des animaux, des abattoirs et des aliments par le Ministère de l'Agriculture ;
- des campagnes ou des programmes d'information, d'éducation et de communication liées à la santé des travailleurs et effectuées par le Ministère du Développement Social, de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ;
- des campagnes de prévention routière du Ministère des transports (Comité National de Prévention des Accidents de la Circulation) ;
- du contrôle de la qualité de l'eau potable par la SEEN ;
- des principales activités des Bureaux Municipaux d'Hygiène ;
- des activités de prévention des Instituts et Laboratoires Nationaux (CERMES, LANSPEX, CNRP, IRI, etc.) ;
- des programmes d'hygiène du milieu du Ministère de la Santé Publique (MSP) ;
- des programmes du MSP relatifs à :
  - l'éducation sanitaire ;
  - la lutte contre les maladies hydriques ;
  - la surveillance épidémiologique.

### Immobilisations

C'est l'ensemble des dépenses liées à l'acquisition et à la rénovation des divers biens durables: terrains, bâtiments et matériel (transport, informatique, technique...). Sont également comprises dans cet ensemble les études liées aux immobilisations.

### Biens médicaux

Les médicaments, les consommables médicaux, la lunetterie, l'orthopédie et les appareils pour handicapés sont les éléments constitutifs des biens médicaux.

### Recherche médicale

C'est une activité qui est difficile à isoler en raison de son existence dans les Instituts et Centres de Recherche, les Universités et les hôpitaux (CHU) avec d'autres activités. Seules les activités des unités ou des services dont la fonction principale est la recherche médicale seront considérées sous cette rubrique.

### Formation/Enseignement

La formation/enseignement englobe des activités de formation de base (pour les paramédicaux) et de formation continue du Ministère de la Santé Publique. La formation des praticiens, assurée par les établissements hospitaliers (CHU, hôpitaux militaires), s'effectue à l'occasion des soins fournis aux patients, ce qui ne permet pas de les isoler. Seuls les salaires bruts versés aux enseignants par le Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur, de la Recherche et de la Technologie sont pris en compte.

### Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est un ensemble de services fournis par les tradipraticiens. Cette médecine bien que réglementée n'est pas suffisamment contrôlée. L'intervention du Ministère de la Santé Publique dans ce domaine se limite actuellement à la définition d'une stratégie de développement de ce secteur, à l'organisation et à la formation des acteurs.

### Administration

L'administration comprend les activités de gestion administrative des structures et des institutions dont la fonction concerne directement la santé et n'est pas à cheval sur d'autres activités. Ainsi seules les charges administratives des institutions suivantes sont concernées :

- **Ministère de la Santé Publique:** administration centrale, administration locale (délégation), administration des hôpitaux, administration des Instituts et Laboratoires Nationaux ;
- **Autres Ministères :** administration des structures dont l'activité complète relève de la santé (soins et prévention sanitaire collective) ;
- **Collectivités Locales :** administration des Bureaux Municipaux d'Hygiène ;
- **Organismes chargés de l'assurance-maladie :** administration des assureurs (pour la seule activité portant sur la couverture médicale) et des mutuelles.

### Source de financement

La source de financement est la provenance principale des ressources destinées au système national de santé. Par exemple : Etat, Collectivités Locales, Coopération Internationale, Ménages, etc.

### Institutions intermédiaires de financement

Une institution intermédiaire de financement est un agent chargé de la gestion de ces ressources mobilisées. Par exemple : Assureurs et Mutuelles.

### Consommation médicale

La Consommation médicale, composée des soins hospitaliers et ambulatoires, des biens médicaux et des soins traditionnels, est l'une des composantes de la Dépense globale de santé.

### **Dépense globale de santé**

La Dépense globale de santé englobe en plus de la consommation médicale, la prévention sanitaire collective, l'administration générale du système, la formation, l'enseignement et la recherche.

### **Système national de santé**

Le système national de santé est défini selon l'OMS (OMS, 2000) comme: « Un système de santé inclut toutes les activités [personnes et actions] dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. »

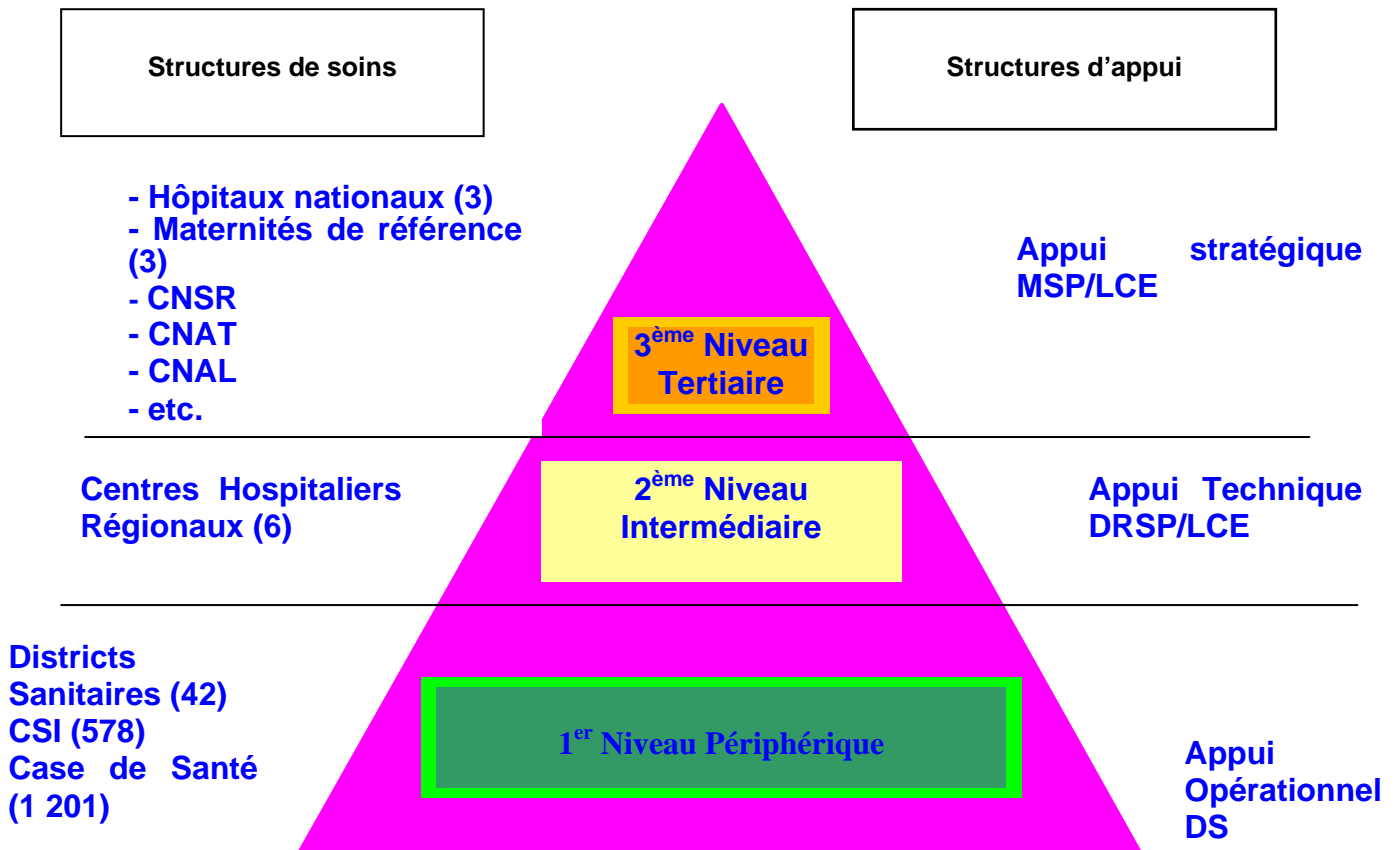
*Chapitre 1: Problèmes et Niveau de Santé  
au Niger*

## 1.1. Organisation du système de santé

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

- un niveau central : Cabinet du Ministre et Directions Générales et Nationales;
- un niveau intermédiaire : responsable de l'appui technique, il est composé des Directions Régionales de la Santé Publique (7 DRSP + DRSP/CUN) ;
- Un niveau périphérique : correspondant au niveau opérationnel composé de 42 Districts Sanitaires.

### Pyramide sanitaire



**Autres ministères et structures parapubliques :** Outre le Ministère de la Santé Publique, l'Etat accorde des financements de santé à certaines structures telles que la Présidence de la République, l'Assemblée Nationale et les Ministères de la Défense Nationale, de la Justice, des Affaires Etrangères et de l'Equipeement et des Infrastructures. Seules les données de la Présidence et du Ministère des Affaires Etrangères ont été fournies.

En complément des activités des institutions et formations sanitaires publiques se développent celles du secteur privé. Le secteur privé est surtout orienté vers les activités curatives et il est prépondérant en milieu urbain (voir tableau n°1). En zone rurale, les structures privées les plus représentées sont les cabinets de soins (33%), les salles de soins (17%). La mise en place des structures privées de soins ne tient pas compte des besoins de santé des populations mais plutôt de leur capacité à payer les soins. Ceci sous-entend l'exclusion des pauvres à l'offre de soins de qualité. Le constat actuel est que ce secteur reste peu organisé, peu contrôlé et ses liens avec le secteur public ne sont pas clairement définis.

**Tableau 1: Répartition des établissements privés par catégorie en 2003**

<b>ETABLISSEMENTS</b>	<b>Total</b>	<b>% en zone rurale</b>
Hôpitaux	3	33
Infirmières d'entreprises	30	7
Salles de soins	114	17
Dispensaires	8	25
Cabinets médicaux	25	0
Centres médico-sociaux	18	22
Cliniques et Polycliniques	22	0
Cabinets de soins spécialisés	9	33

Source : Direction des Infrastructures, de l'équipement et de la Maintenance

## 1.2. Indicateurs de santé

D'après le recensement général de la population de 2001, la population du Niger croît à un rythme de 3,1% avec un indice synthétique de fécondité de 7,5 naissances par femme. Les indicateurs de santé placent le Niger parmi les pays les plus défavorisés de l'Afrique sud-Saharienne. L'espérance de vie à la naissance est de 48 ans chez les hommes et 49 ans chez les femmes. Selon les résultats de l'enquête MICS 2000, la mortalité infantile est de 126‰, la mortalité infanto - juvénile est de 280‰ et la mortalité maternelle avoisine les 700 pour 100 000 naissances vivantes. Les femmes meurent le plus souvent par un manque de prise en charge adéquate pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches immédiates : hémorragie 20% ; infections puerpérales 18% ; anémies, éclampsies, etc.. La plupart des accouchements (81%) ne sont pas assistés par un personnel qualifié.

D'autres séquelles telles que les fistules liées à la maternité notamment précoce constituent des problèmes de santé importants chez les femmes. Les maladies telles que le cancer de l'utérus, de sein, etc., les complications liées aux avortements clandestins, constituent de plus en plus des préoccupations majeures pour la santé de la femme. L'accès aux services de santé en général et à la planification familiale reste encore très faible chez les femmes. La prévalence contraceptive par les méthodes traditionnelles et modernes est passée de 4,4% en 1992 à seulement 8% en 2000. En plus du problème de disponibilité et d'accessibilité de ce service, les contraintes et autres pesanteurs socioculturelles (tabous, excision, mariages précoces, etc..) constituent des obstacles auxquels il faut s'attaquer.

Plus d'un tiers des enfants de moins de 3 ans (39,6%) souffrent de malnutrition chronique. Par ailleurs, les carences en micro nutriments (fer, vitamine A et iode) constituent des problèmes de santé publique avec des taux de prévalence (iode : 35,8 % de goitre total en milieu scolaire, vitamine A : 2,6 de cécité crépusculaire chez les enfants de 24 à 72 mois, fer : 61 % d'anémie chez les femmes enceintes et 57% chez les enfants de 6 à 59 mois) excédant les seuils d'intervention recommandés par l'OMS. Cette situation de malnutrition est aggravée par une insécurité alimentaire liée aux aléas climatiques et aux pesanteurs socioculturelles.

En outre, les problèmes posés par la santé de la mère et de l'enfant au Niger demeurent préoccupants en dépit des améliorations constatées depuis plusieurs années. Les indicateurs cités dans le tableau n°2 ci-dessous permettent de mesurer l'ampleur de ces problèmes.

Ce tableau met également en exergue les écarts importants qui subsistent entre les milieux urbain et rural. Ces écarts peuvent être expliqués en partie par les iniquités de l'offre et de l'accès aux soins qui demeurent très manifestes. En dépit des efforts entrepris par le MSP, les populations rurales ont toujours un accès difficile aux soins.

Tableau 2 : Quelques indicateurs de santé en 2003

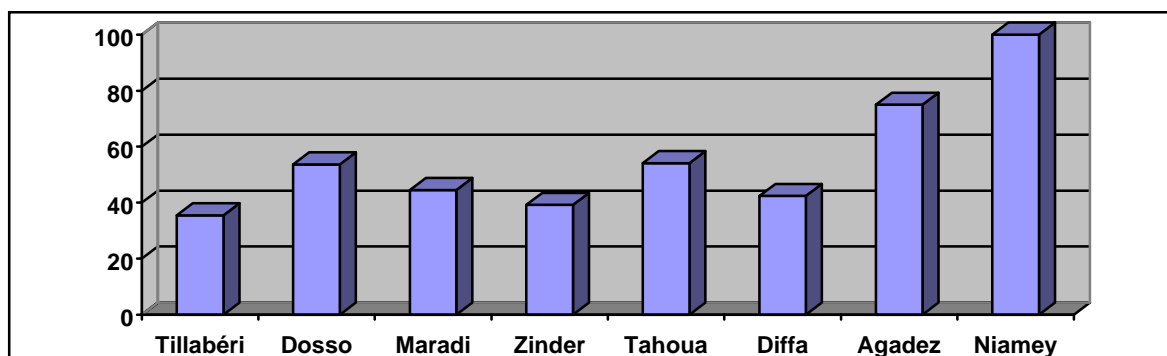
INDICATEURS	URBAIN	RURAL	NATIONAL
Espérance de vie à la naissance			48 ans
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)			7,5
Taux de natalité (pour mille)			52‰
Taux d'accroissement naturel (pour cent)			3,1%
Taux de mortalité infantile (pour mille)	75‰	131‰	126‰
Taux de mortalité juvénile (pour mille)	100‰	186‰	177‰
Taux de mortalité infanto juvénile (pour mille)	168‰	293‰	274‰
Taux de mortalité néonatale (pour mille)			16,20‰
Taux de mortalité maternelle (pour mille naissances vivantes)			7‰
Taux d'utilisation de services			17%
Taux de couverture sanitaire (rayon 0 – 5 km)			49,8%
DTPC3			52%
BCG			67%
VAT 2 & +			40%

Source : MICS 2000, rapport provisoire du recensement général de la population 2001, Revue des Dépenses Publiques 2000–2001–2002

La difficulté d'accès de la population rurale aux soins constitue encore une insuffisance majeure du système. En effet, les données concernant la couverture de la population rurale par les Etablissements de Soins de Santé de Base appréciées par rayon kilométrique montrent que les distances entre la population et les formations sanitaires sont importantes. Selon L'EDSN 1998, environ 72% de cette population se trouvent à plus de 5 kilomètres d'un établissement de santé.

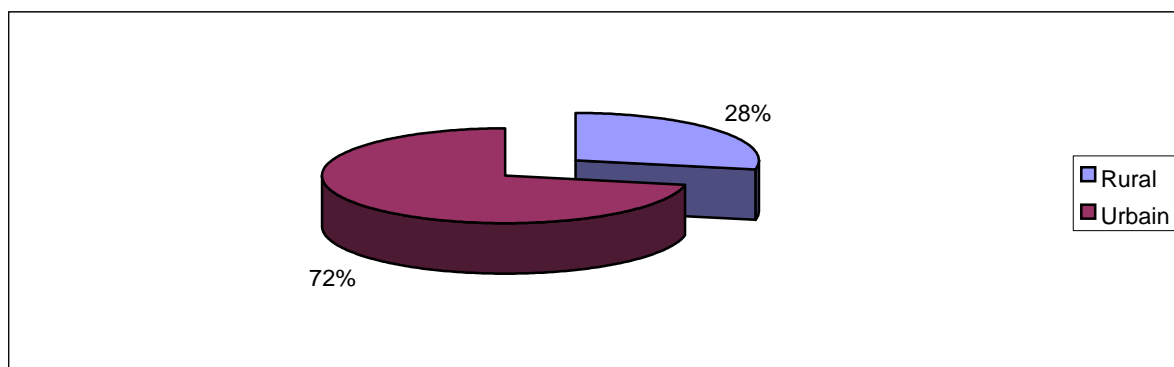
La couverture sanitaire est passée de 47,6% en 2000 à environ 49,8% en 2003. Malgré cet accroissement significatif de la couverture sanitaire géographique, le graphique 1 montre que l'accessibilité géographique des services de santé est toujours faible et des disparités considérables continuent d'exister entre les régions pauvres et les régions riches d'une part et d'autre part entre les milieux urbain et rural (voir graphiques 1 et 2). Il peut être constaté que la population de Niamey a un accès adéquat aux centres de santé et qu'environ 75% de la population de la région d'Agadez vit à moins de 5 km des centres de santé alors que dans les autres régions, cette proportion est comprise entre 39 et 55%. Le milieu rural est défavorisé avec 28% seulement de la population ayant accès à une formation sanitaire de proximité alors que ce milieu regroupe 81% de la population du pays et 86% de l'ensemble des pauvres.

Graphique 1 : Taux de couverture sanitaire par gradient de pauvreté régionale, année 2003



Source : Données de régions, annexe 5

Graphique 2 : Accessibilité géographique selon le milieu de résidence



Source : Données de régions, annexe 5

### 1.3. SERVICES PRODUITS PAR LE SECTEUR SANTE

En réponse à la demande de soins de santé par la population, plusieurs services dont la vaccination des enfants, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre le paludisme, la lutte contre les IRA, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la santé de la reproduction et la lutte contre le VIH/SIDA sont produits par le secteur de la santé. Dans ce point, la performance du secteur sera appréciée à travers les interventions qui contribuent significativement à la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire les domaines de la santé de l'enfant et la santé de la reproduction.

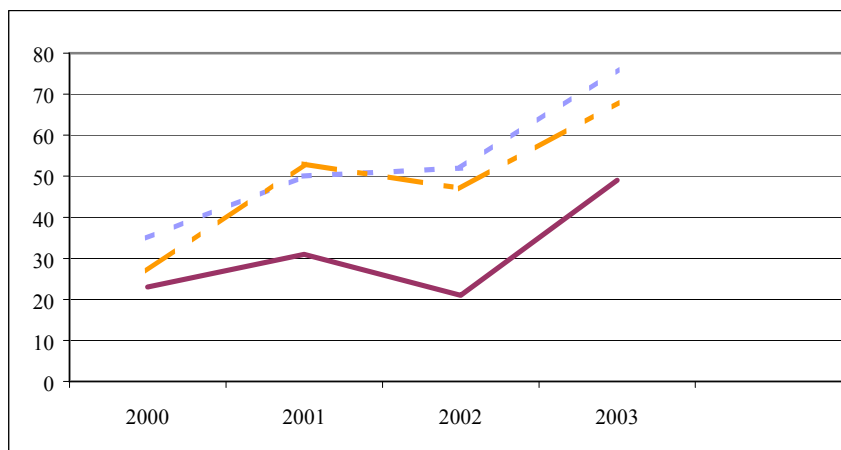
#### 1.3.1. Santé de l'enfant

La vaccination des enfants est une des interventions majeures pour améliorer la survie des enfants : raison pour laquelle, elle figure parmi les indicateurs clés pour la mesure des progrès vers la réalisation des objectifs du développement du millénaire (ODM) ayant trait à la mortalité des enfants. Par ailleurs plusieurs études récentes ont montré le gain considérable de la vaccination eu égard à son excellent rapport coût – efficacité. C'est pourquoi depuis les années 90s, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que tous les enfants soient complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois contre les principales maladies endémiques les plus meurtrières qui sont: la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole.

Ainsi, au Niger, depuis plus d'une décennie, la vaccination demeure une activité très importante dans la production des soins de santé maternelle et infantile. Elle a bénéficié d'une attention particulière avec le développement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) soutenu par certains partenaires au développement (UNICEF, OMS, Rotary, HKI, etc.).

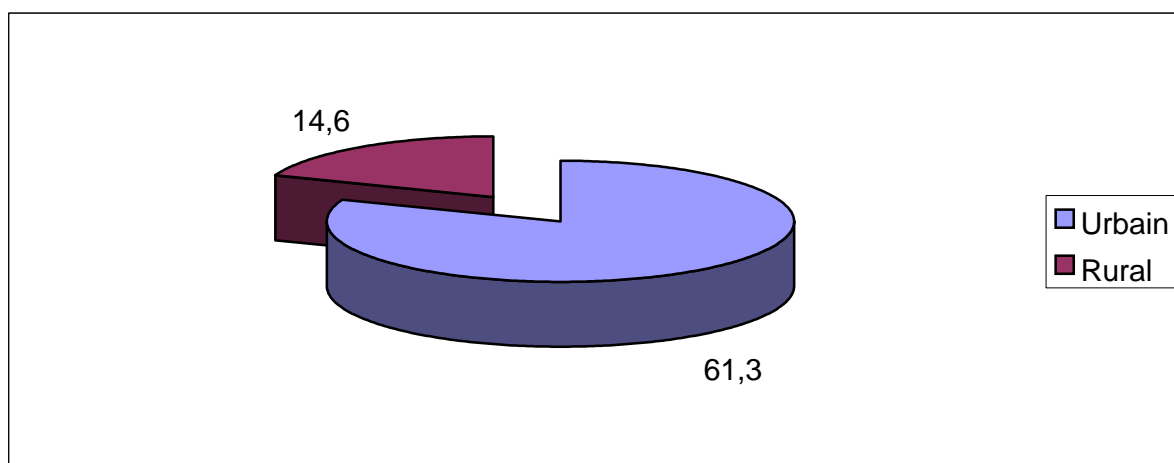
Le graphique 3 résume les progrès qui ont été réalisés ces dernières années. En 2003, selon les rapports d'activités de la DNPEV, la situation s'est sensiblement améliorée. Le taux d'enfant complètement vaccinés est passé de 22,5% en 2000 à 52% en 2003. Cependant, il est constaté un déséquilibre important entre le milieu rural et le milieu urbain (graphique 4). La couverture vaccinale des enfants du milieu rural est nettement inférieure à celle des enfants du milieu urbain : 14,6% seulement des enfants du milieu rural sont complètement vaccinés contre 61,3% en milieu urbain.

Graphique 3 : Vaccinations infantiles au cours de la période 2000-2003



Source: Données des régions, annexe 6

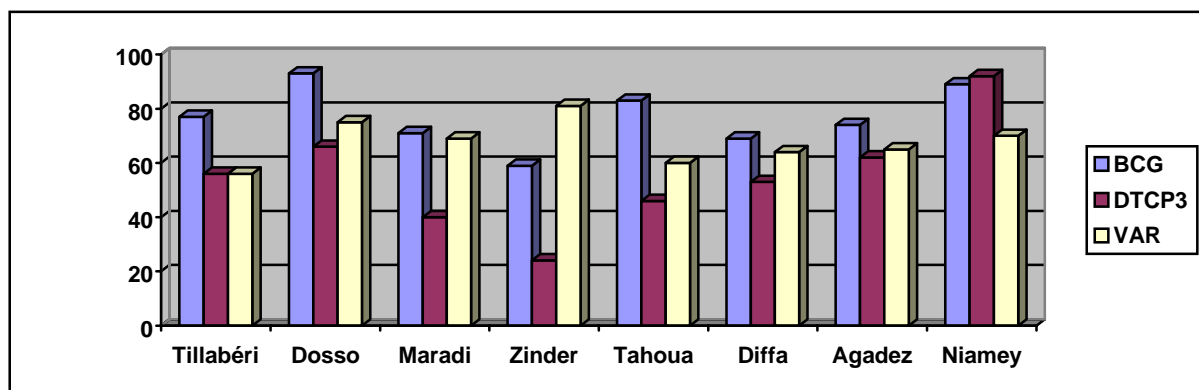
Graphique 4 : Taux de couverture en DTCP3 selon le milieu, année 2003



Source : MSP/LCE/DNI

Les données sur la vaccination de l'annexe 3 et le graphique 5 résument la situation en 2003. Le constat général qui se dégage est que des disparités subsistent entre les régions. Mais, ces disparités ne sont pas fonction de la pauvreté des régions. En effet, Tillabéri et Dosso considérées comme les régions les plus pauvres ont enregistré des taux acceptables de couverture vaccinale ou du moins des situations semblables à celles des régions riches sinon plus meilleures que celle de Diffa. Par contre Zinder a enregistré un taux de 24% pour le DTCP3 alors que ce taux est de 92% à Niamey.

Graphique 5: Couverture vaccinale selon l'antigène et la région, année 2003

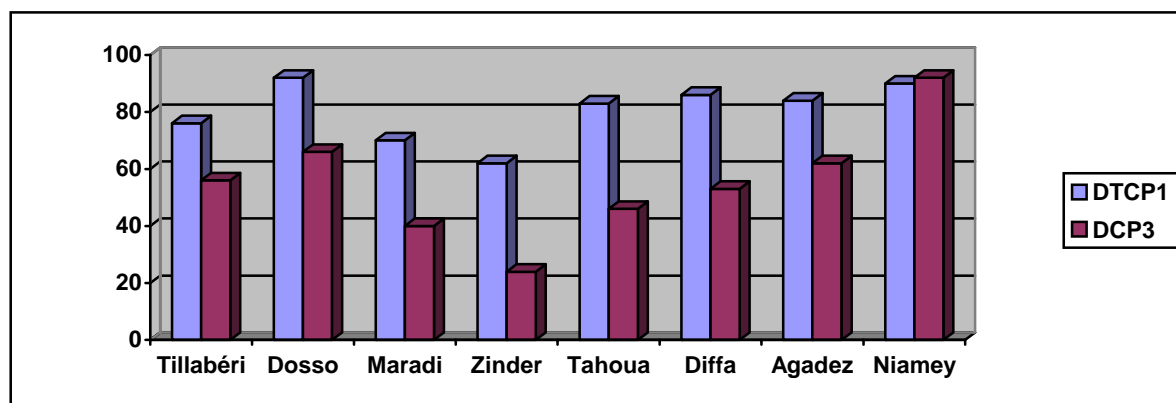


Gradient de pauvreté

Source: Données des régions, Annexe 6

Le graphique 6 présente l'utilisation des services de vaccination par région. Il ressort une faible continuité de la vaccination des enfants. En effet, la déperdition entre la première dose du vaccin DPT1 et la 3ème dose DTP3 est relativement élevée dans toutes les régions à l'exception de Niamey. Cette déperdition est de 20% à Tillabéri et 22% à Agadez. Elle est plus importante à Zinder où plus de la moitié des enfants ayant reçu le DPT1 n'ont pas reçu le DTP3.

**Graphique 6: Continuité dans l'utilisation des services de vaccination, année 2003**



Gradient de pauvreté

Source: Données des régions, Annexe 6

Dans la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé, l'une des stratégies retenues dans le cadre de l'intensification de la lutte contre la maladie est la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). L'un des objectifs visé est de rendre effective l'utilisation des services de santé par les enfants. La situation en 2002 de l'utilisation des services de santé par les enfants est résumée dans le tableau 3. Il ressort que le niveau d'utilisation est très faible aussi bien pour la tranche d'âge de 0-11 mois que pour celle de 0-59 mois.

En plus du faible niveau, l'utilisation des services de santé par les enfants se caractérise par des disparités importantes entre les régions. Les niveaux d'utilisation pour les enfants de moins d'un an sont de : 1,54 consultation par an par enfant à Agadez, 0,85 consultation par an par enfant à Niamey. Dans les régions pauvres le niveau d'utilisation des services de santé est plus bas (0,34 consultation par an et par enfant à Maradi, 0,38 à Tillabéri et 0,45 à Zinder) à l'exception de la région de Dosso où il est de 0,75 consultation par an et par enfant c'est-à-dire plus que les régions de Diffa et de Tahoua considérées comme riches.

**Tableau 3 : Couverture par les services publics de santé (données de services)**

population RGP 2001	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabery	Zinder	CUN	Niger
	314 000	330 000	1 480 000	2 203 000	1 909 000	1 859 000	2 025 000	675 000	10 795 000
population 2002 ( TAA 3,1% )	323 954	344 388	1 523 068	2 282 308	1 965 125	1 907 520	2 081 903	703 013	11 129 645
enfants de 0-IImois (4,7%PG)	15 226	16 186	71 584	107 268	92 361	89 653	97 849	33 042	523 093
enfants de 12-59mois (16,6%PG)	53 776	57 168	252 829	378 863	326 211	316 648	345 596	116 700	1 847 521
enfants de 0-59mois(21,3%PG)	69 974	74 388	328 983	492 979	424 467	412 024	449 691	151 851	2 404 003
nb nouveaux cas 0-IImois (Données 2001 snis)	31 083	13 972	72 791	73 140	93 682	56 308	71 930	51 897	464 803
nb nouveaux cas 12-59mois	52 976	21 472	125 890	124 790	182 916	89 152	123 115	73 949	794 260
nb de consultants 0-II mois	23 400	10 265	53 753	36 354	65 654	34 493	44 099	28 147	296 165
nb de consultants 12-59 mois	39 022	16 746	101 208	72 964	130 833	61 085	91 587	39 390	552 835
nb de consultants 0-59mois	62 422	27 011	154 961	109 318	196 487	95 578	135 686	67 537	849 000
nb de consultations par enfant et par an de 0- 59 mois	0,89	0,36	0,47	0,22	0,46	0,23	0,30	0,44	0,35
nb de consultations par enfant et par an de 0- II mois	1,54	0,63	0,75	0,34	0,71	0,38	0,45	0,85	0,57

*Source : (SNIS : Rapport annuel 2002)*

### 1.3.2. Santé de la reproduction

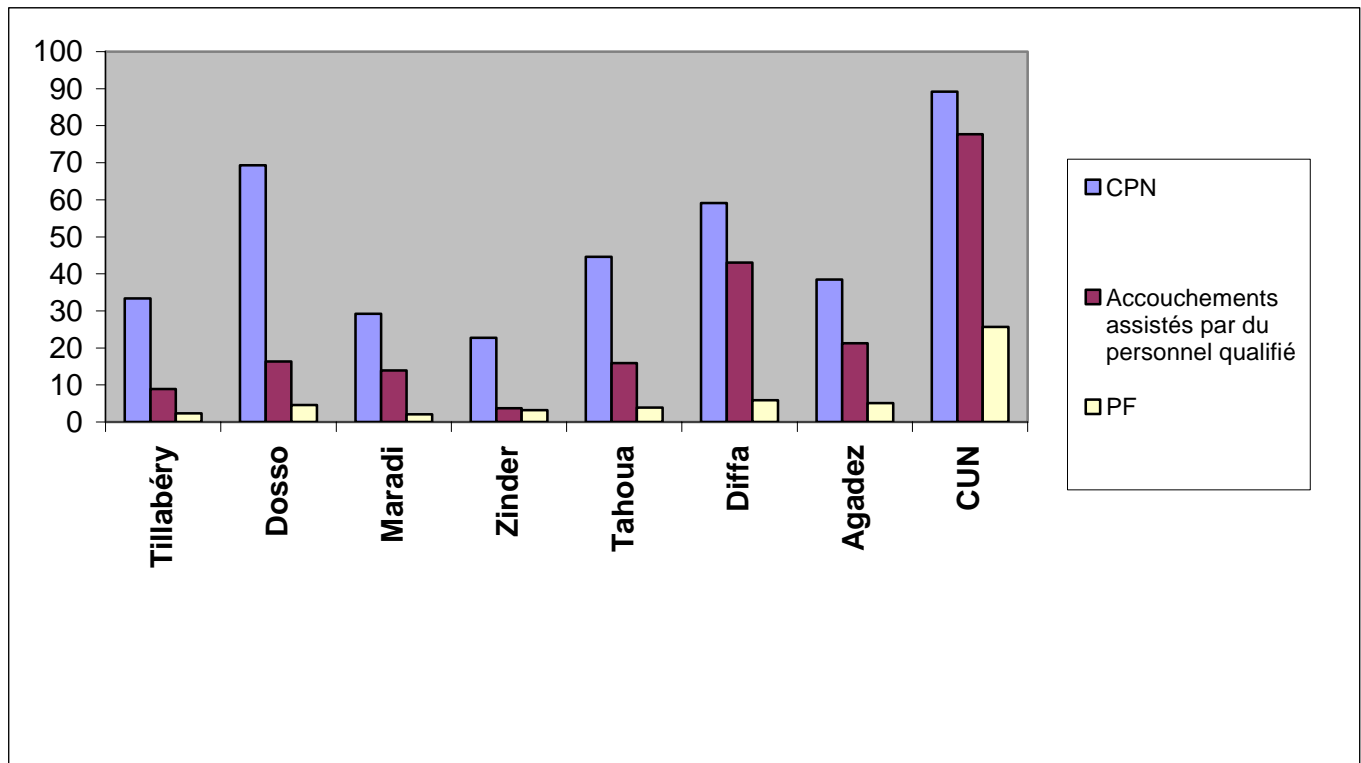
Les actions en matière de santé de la reproduction sont des actions essentielles pour la réduction des mortalités maternelle et infantile et aussi de progrès vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). La promotion de la santé de la reproduction constitue l'une des stratégies importantes retenues par le Niger pour le développement sanitaire de la première décennie du 21<sup>ème</sup> siècle. Le PDS 2005-2009 en fait un axe principal d'intervention.

Cependant, aujourd'hui encore l'offre des services en matière de santé de la reproduction demeure insuffisante.

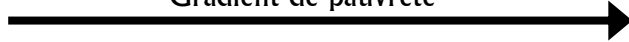
Le graphique 7 donne un résumé de la couverture des services de santé de la reproduction au Niger. Il ressort non seulement une insuffisance de l'offre des services mais aussi des inégalités importantes entre les régions. Alors qu'à Niamey, la capitale du pays, 25,7% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent les services de planning familial (PF), 89,2% des femmes enceintes ont au moins une consultation prénatale au cours de la grossesse et 77,7% des accouchements sont assistés par un professionnel de la santé ; dans les autres régions du pays, en dehors d'Agadez et de Diffa, la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent les services de planning familial n'atteint guère 5% et les accouchements assistés par un professionnel de la santé 20%. Ces proportions sont encore plus faibles dans les régions de Zinder, Tillabéry et Maradi.

**Graphique 7 : Planification familiale, consultations prénatales et**

## accouchements assistés par régions



Gradient de pauvreté



Source: Données des régions, Annexe 7

*Chapitre II: Dépenses de Santé par Source de  
Financement*

## 2.1. Niveau de la dépense de santé

Sur la base des informations disponibles, la dépense globale de santé est estimée en 2003 à environ 38,518 milliards de francs CFA soit près de 3 355,75 FCFA par habitant ou 5,72 \$ US au taux de change de 1\$ US = 586,6 FCFA. Elle représente à peine 2,71% du PIB. En comparaison à des pays à développement économique similaire en 2002, cette dépense reste insuffisante avec 4,5% pour le Mali, 4,3% le Burkina Faso et 4,7% pour le Bénin contre 4% pour le Niger selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2005. Quant à la dépense publique de santé selon toujours le même rapport, elle demeure faible. Elle est en pourcentage du PIB de 2% pour le Burkina Faso, 2,3% pour le Mali et 2,1% pour le Bénin contre 2% pour le Niger.

Quant à la consommation médicale (ensemble des biens et services médicaux consommés), son niveau a atteint la même année 19,5 milliards de francs CFA soit 1 705 francs CFA par habitant et par an. Cette dépense qui est la somme des produits entre les quantités des biens et services et leurs prix est faible si l'un et/ou l'autre facteur est faible. Cependant, tenant compte de la structure actuelle des prix (une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyenne 5 000 francs CFA) c'est plutôt les quantités c'est-à-dire le recours aux soins et l'accès aux biens médicaux qui sont faibles.

## 2.2. Sources de financement de la santé

Les sources de financement de la santé sont présentées à travers deux approches. Une première qui se fonde sur les institutions à l'origine du financement (les sources de financement) et une seconde qui met l'accent sur la nature du financement (les agents de financement). Elles font toutes ressortir que l'Etat est le premier financeur de la santé au Niger (38,54% des dépenses) et mettent aussi en évidence son iniquité en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui s'élève à 83,08% des dépenses totales des ménages et 27,96% de la dépense globale de santé. Ce niveau élevé des paiements directs des ménages signifie que les dépenses de santé ne sont pas réparties selon les capacités des individus à travers un mécanisme de mutualisation du risque ou de solidarité nationale. Cette situation pose des difficultés de maîtrise du financement du système national de santé.

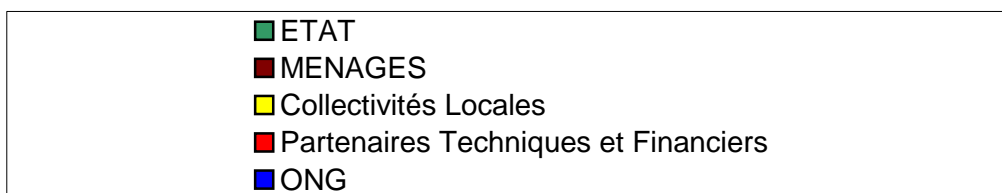
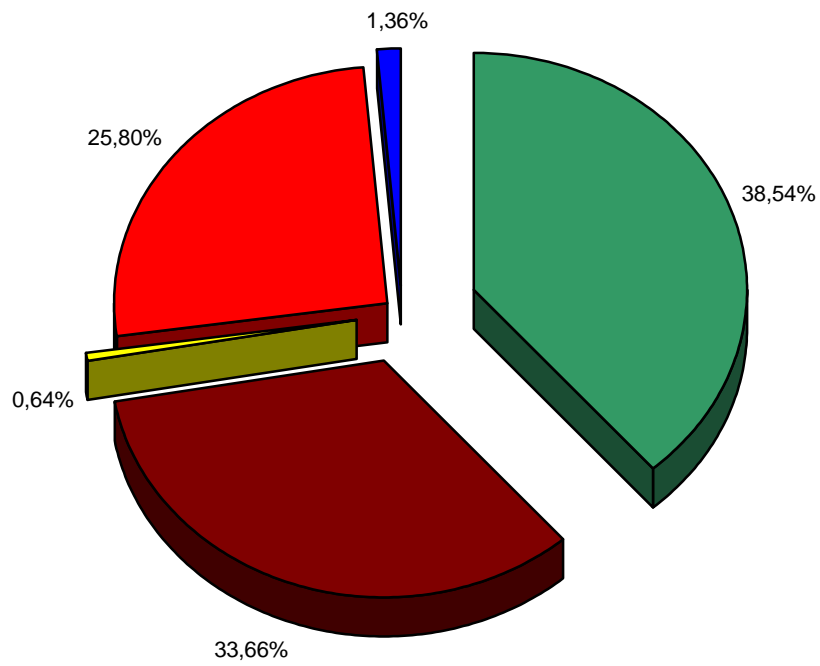
### 2.2.1. Sources de financement par type d'institution

Selon cette approche, les ressources proviennent de l'Etat qui, par le biais de son budget a financé 38,54% des dépenses totales de santé dont 99,26% sont destinés au Ministère de la Santé et 0,74% aux autres ministères (voir tableau n°4 et graphique n°8). Cependant, il y a lieu de préciser qu'une partie du financement de la santé par l'Etat a été assuré sur crédits contractés auprès de la Banque Mondiale. Ces crédits représentent 12,3% de ce financement. En deuxième position viennent les ménages qui ont financé 33,66% des dépenses totales de santé. Leurs dépenses sont constituées de 27,96% de paiements directs nets et d'environ 5,7% de cotisations à l'assurance maladie et aux mutuelles de santé. Du côté de la coopération internationale, catégorie qui comprend les coopérations bi et multilatérales et les organisations non gouvernementales internationales, sont venues 25,80% de l'ensemble des ressources financières mobilisées pour le secteur. Cette proportion n'inclue pas les emprunts auprès de la Banque Mondiale comptabilisées ici comme des ressources budgétaires de l'Etat. Ces emprunts considérés au titre de la coopération internationale relèvent sa part au financement de la santé à 30,53% et celle de l'Etat tombe à 33,51% presque le même niveau que les ménages. Cela implique que les coûts de la santé sont de plus en plus supportés par la population. Quant aux collectivités locales leur part est inférieure à 1% (0,64%). Celle des ONG nationales est de 1,36%.

**TABLEAU N° 4 : Sources de Financement par type d'Institution, année 2003**  
(Montants en millions de FCFA)

<b>Institutions Intermédiaires</b>	<b>Etat Revenu de l'administrati on centrale (FS.1.1.1)</b>	<b>Ménages (FS.2.2)</b>	<b>Collectivités locales Revenu de l'administration municipale (FS.4.4.2)</b>	<b>Partenaires techniques financiers Fonds du reste du monde (FS.3)</b>	<b>ONG (FS.2.3)</b>	<b>TOTAL</b>
Administration Centrale (Ministère de la Santé) (HF.1.1.1.1)	14 736			9 936		24 672
Administration Centrale (Autres Ministères) (HF.1.1.1.2)	109					109
Ménages Paiement direct des ménages (HF.2.3)		10 770				10 770
Collectivités Locales Administration Locale (HF.1.1.3)			245			245
Partenaires Techniques et Financiers						-
Assurances Assurances Privées (HF.2.2)		1 685				1 685
Mutuelles Assurance sociale privée (HF.2.1)		508				508
ONG (HF.2.4)					529	529
Autres Privés (HF.2.9)						-
<b>TOTAL</b>	<b>14 845</b>	<b>12 963</b>	<b>245</b>	<b>9 936</b>	<b>529</b>	<b>38 518</b>
<b>Part (%)</b>	<b>38,54%</b>	<b>33,66%</b>	<b>0,64%</b>	<b>25,80%</b>	<b>1,36%</b>	<b>100,00%</b>

*Source : données collectées sur le terrain*

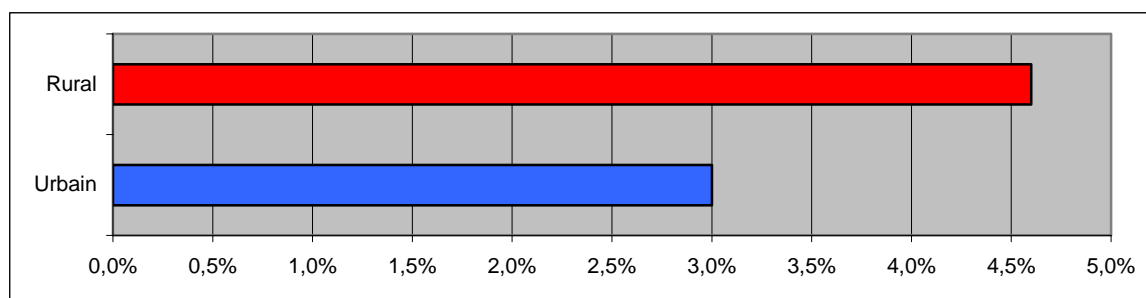
**Graphique n°8 : Sources de financement par type d'institution, année 2003**

### **Encadré : Inégalités de répartition du financement de la santé par les ménages**

Bien que les données soient dépassées, les résultats de l'enquête budget consommation de 1996 font apparaître des inégalités dans la structure de la consommation des ménages en matière de santé selon le milieu de résidence.

En effet, la part des dépenses des ménages allouées aux soins de santé dans leurs budgets consommation est de 3% en milieu urbain contre 4,6% en milieu rural (voir graphique n°9). L'enquête MICS 2000 a montré une tendance à la hausse des dépenses des ménages. En effet, près de 56% de ménages ruraux ont indiqué que le niveau de leurs dépenses a augmenté alors que leurs revenus constitués principalement de ressources agricoles et animales sont en baisse. L'enquête agricole a indiqué que le niveau de la production agricole et animale a baissé régulièrement depuis 1992. Cette hausse des dépenses de consommation parmi lesquelles se trouvent celles pour la santé peut signifier que la population rurale s'endette lourdement pour se procurer les soins de santé.

**Graphique n°9 : Part des dépenses allouées à la santé dans les budgets consommation des ménages selon le milieu**



#### **2.2.2. Agents de financement**

Selon également cette approche (voir graphique n°9 et tableau n°5) la part la plus importante demeure toujours celle de l'Etat (38,54%) en incluant le financement par la Banque Mondiale qui est une aide remboursable. Par conséquent, les ressources fiscales nationales et locales ont contribué à financer 41,44% des dépenses totales et les paiements directs des ménages 27,96%.

L'assurance maladie et les mutuelles jumelées sont à l'origine de 5,7% de la dépense globale de santé. Cela montre que le financement collectif de la santé au Niger, à travers des mécanismes de solidarité demeure faible. L'assurance maladie n'est pas suffisamment organisée et elle est très peu pratiquée.

Le système des mutuelles est aussi à son début d'organisation et de développement avec la création de la cellule chargée de la mise en place et d'organisation des mutuelles.

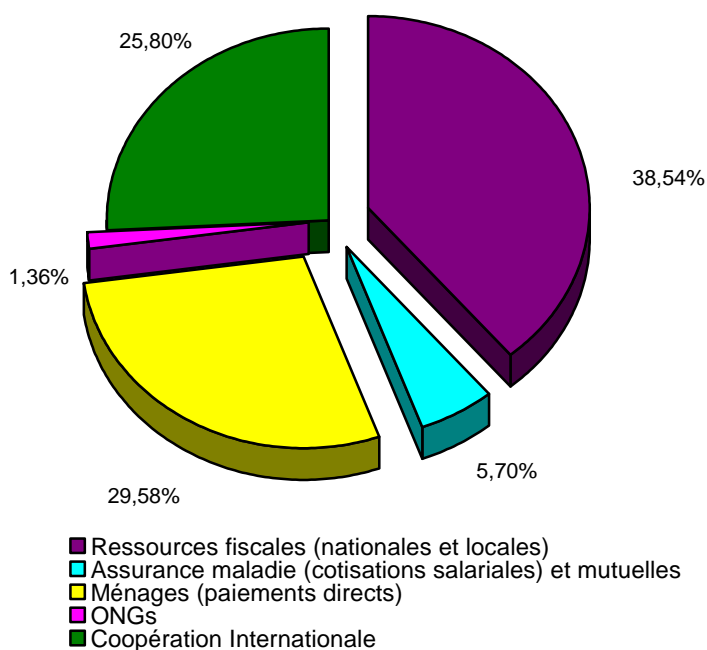
Quant aux ONG, leur participation au financement de la santé reste faible (1,36% de la dépense globale).

**Tableau n°5 : Sources par Agents de Financement, année 2003**  
(Montants en millions de FCFA)

Nature de Financement	MONTANT	Pourcentage
<b>Ressources Fiscales (Budget)</b>	<b>14 845</b>	<b>38,54%</b>
<b>Assurances Maladie</b>	<b>1685</b>	<b>4,38%</b>
- Ménages (cotisations salariales)	1 685	4,38%
- Etat (cotisations Patronales)	nd	
- Entreprises et Etablissements publics (cotisation Patronales.)	nd	
- Collectivités Locales (cotisations patronales)	nd	
<b>Collectivités Locales</b>	<b>245</b>	<b>0,64%</b>
<b>Employeurs (hors contribution AM)</b>	nd	
<b>Partenaires Techniques Financiers</b>	<b>9 936</b>	<b>25,80%</b>
<b>Ménages (paiement direct)</b>	<b>10 770</b>	<b>27,96%</b>
<b>Mutuelles</b>	<b>508</b>	<b>1,32%</b>
<b>ONGs</b>	<b>529</b>	<b>1,36%</b>
<b>Autres</b>	nd	
<b>TOTAL</b>	<b>38 518</b>	<b>100,00%</b>

Source : données collectées sur le terrain

**Graphique n°10 : Sources par agents de financement, année 2003**



### 2.3. Répartition des ressources financières entre les prestataires du système National de santé

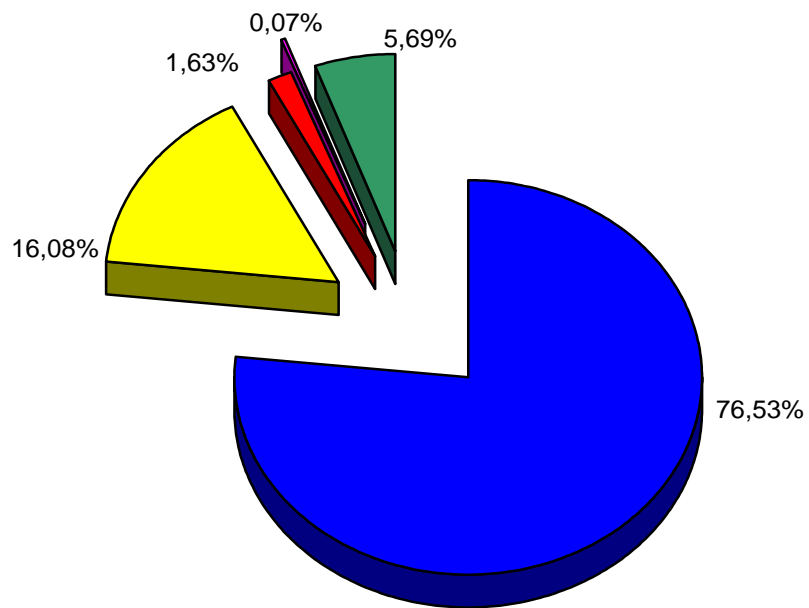
L'analyse des flux financiers dans le secteur montre que la part la plus importante des dépenses de santé (76,53%) est effectuée au niveau des établissements publics (voir graphique n°10 et tableau n°6). Ceci s'explique essentiellement par le fait que les ressources mobilisées dans le cadre de la coopération internationale profitent principalement aux institutions publiques de santé à hauteur d'environ 96,26% (0,18% pour les hôpitaux nationaux, 0,19% pour les instituts et laboratoires nationaux, 84,56% pour le réseau de soins de santé de base et 11,33% pour l'administration centrale et décentralisée). Les ONG bénéficient de 3,74% de ces ressources.

En deuxième position, viennent les officines ou fournisseurs des biens médicaux qui bénéficient de 16,08% de l'ensemble des ressources mobilisées en raison du prix élevé du médicament et de l'insuffisante disponibilité des médicaments au niveau des services prestataires publics.

Au niveau du secteur privé moderne dans son ensemble, ont été effectuées 1,63% de la dépense globale de santé à cause entre autres de la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages qui limitent leur accès aux formations sanitaires privées et la relative possibilité de se soigner à moindre coût offerte au niveau des services publics de santé à travers le système de recouvrement partiel des coûts des soins. Il faut toutefois préciser que ce poids faible du privé s'explique par la partialité des données.

Les autres prestataires à savoir les mutuelles et les services d'assurance ont bénéficié d'environ 5,7% des flux financiers. Quant à la part de la médecine traditionnelle, elle est marginale (0,06% du total des ressources mobilisées).

Graphique n°11 : Répartition des ressources entre les prestataires, année 2003



- MSP/LCE (établissements publics)
- Officines ou fournisseurs des biens médicaux
- Etablissements privés de santé (Salles de soins, cliniques, Cabinets médicaux etc.)
- TRADIPRATICIENS
- Autres

**Tableau n°6 : Répartition des Ressources financières entre prestataires, année 2003 (montants en millions de FCFA)**

PRESTATAIRES	MONTANT	PART
MSP/LCE (établissements publics)	29 478	76,53%
Officines ou fournisseurs des biens médicaux	6 192	16,08%
Etablissements privés de santé (Salles de soins, cliniques, Cabinets médicaux etc.)	629	1,63%
Tradipraticiens	26	0,06%
Autres	2 193	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>38 518</b>	<b>100,00%</b>

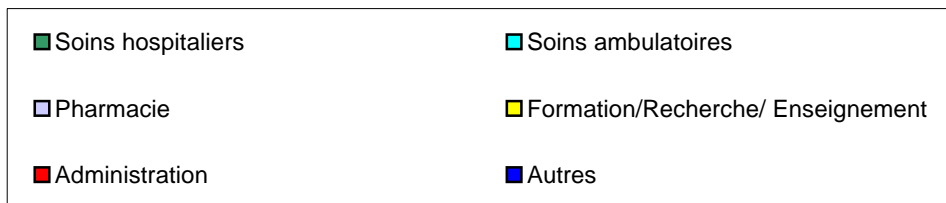
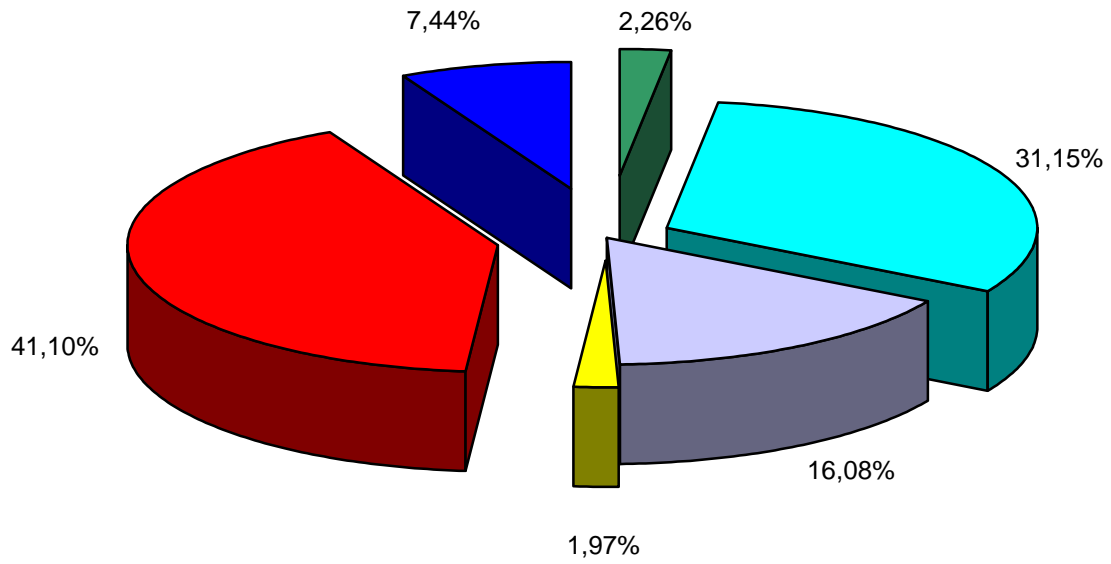
Source : données collectées sur le terrain

#### 2.4. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires

L'analyse de la classification fonctionnelle des dépenses telle que l'indique le graphique n°12 et le tableau n°7 fait ressortir les constats suivants :

- Les soins ambulatoires ont représenté 31,15% de la dépense globale et les soins hospitaliers 2,26%. Cependant, il y a lieu de noter que ces parts prennent en compte la définition selon laquelle les examens et consultations externes ainsi que les urgences sont des composantes des soins ambulatoires. Par ailleurs, les ressources mobilisées auprès des partenaires techniques et financiers alimentent principalement le réseau des soins de santé de base (84,56%) alors que les hôpitaux nationaux et autres services de référence n'en reçoivent globalement que 0,37% de ces ressources.
- Les médicaments et biens médicaux utilisés sous la forme de bien de consommation finale par les patients, c'est-à-dire non compris ceux des soins hospitaliers et ambulatoires (car il existe des dépenses de médicaments dans ces deux types de soins) ont constitué 16,08% des dépenses du système national de santé.
- Les dépenses pour l'encadrement du système par son administration ont représenté 41,10% de la dépense globale de santé.
- Le poste « autres » qui regroupe toutes les ressources mobilisées par les collectivités locales, les mutuelles, l'assurance maladie, les ONG et une partie des ressources de la coopération internationale a représenté 7,44% des dépenses. Ces ressources sont classées « autres » car les informations disponibles ne permettent pas de les classer dans les différentes fonctions telles que : « les soins ambulatoires, hospitaliers, les médicaments et biens médicaux, l'administration, ... »
- Les dépenses de formation, de recherche et d'enseignement ont constitué 1,97% des dépenses totales. Sont comptabilisées dans ce poste les dépenses des écoles de formation et des instituts et laboratoires d'analyse. Elles ont été financées par le budget du Ministère de la Santé pour environ 98% et par la Coopération Internationale pour 2%.

**Graphique n°12 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé, Année 2003**



**Tableau n°7: Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, année 2003**  
(en millions de FCFA)

	Ministère de la Santé					Autres Ministères			Adminis Assurances et Mutuelles	Collectivités locales	Etablissem ts privés de soins	Cliniques et cabinets des mutuelles y compris. CNSS	Pharm et fournis. Biens méd.	Agent de la méd. Trad.	Autres	Ensemble	Part (%)
	Hôpitaux	Maternité de réf	CSI et CS	Adminis. Cent. et Décent	Total	Prestata ires	Adminis	Total									
Consommation Médicale	1 382	290	2 251	-	3 923	108	-	108	-	-	629	-	6 192	26	8 183	19 061	49,49%
Soins hospitaliers	620	131	-	-	750	102	-	102	-	-	-	-	-	-	17	870	2,26%
Soins ambulatoires	762	159	2 251	-	3 173	6	-	6	-	-	629	-	-	26	8 166	12 000	31,15%
Pharmacie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 192	-	-	6 192	16,08%
Formation/ Rech erche/ Enseignement	-	-	-	743	743	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	761	1,97%
Administration	-	-	-	14 736	14 736	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 094	15 830	41,10%
Autres	-	-	-	-	-	-	-	-	1 685	245	-	508	-	-	428	2 866	7,44%
<b>Total</b>	<b>1 382</b>	<b>290</b>	<b>2 251</b>	<b>15 479</b>	<b>19 402</b>	<b>108</b>		<b>108</b>	<b>1 685</b>	<b>245</b>	<b>629</b>	<b>508</b>	<b>6 192</b>	<b>26</b>	<b>9 723</b>	<b>38 518</b>	<b>100,00%</b>

Source : données collectées sur le terrain

## 2.5. Projections des dépenses de santé par source de financement

Dans le PDS 2005-2009, les dépenses de santé ont été estimées selon plusieurs hypothèses. Ici, nous avons retenu l'estimation faite par source de financement. Cependant, il faut noter que ces estimations n'incluent pas les dépenses du secteur privé de santé et ne donnent aucune information sur le système de financement collectif de la santé c'est-à-dire le système de mutualisation et d'assurance maladie.

A partir des prévisions du PDS 2005-2009 (voir tableau n°8), on observe les résultats suivants :

- Les ressources budgétaires pour la santé, connaîtront une hausse importante. Elles représenteront en moyenne sur la période du plan 58,29% de la dépense totale contre 35,75% en 2003.
- Le poids du financement de la santé par les partenaires extérieurs qui était en 2003 de 26,52% diminue pour représenter en moyenne 26,40% de la dépense globale de santé.
- Les paiements directs des ménages auprès des formations sanitaires publiques constituent la troisième source de financement. Sa part sera en moyenne de 15,53% des dépenses totales. Cependant, elle évolue de façon décroissante en passant de 17,27% en 2005 à 13,97% en 2009.
- La dépense totale de santé représentera en moyenne 3,92% du PIB et la dépense par habitant s'élèvera en moyenne à 5 257,4 FCFA contre 3 174,6 FCFA en 2003 soit une augmentation de 65,60%.

Le tableau ci-dessous indique l'évolution des parts relatives des dépenses de santé par source de financement de 2005 à 2009.

**Tableau n°8: Evolution des parts relatives des dépenses de santé par source de financement de 2005 à 2009**

	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Etat (ressources budgétaires)	54,72%	61,00%	61,32%	56,24%	58,20%	58,46%
Paiements directs des ménages au niveau des FS publics	17,27%	16,21%	13,27%	14,97%	13,97%	15,06%
Collectivités locales	0,17%	0,15%	0,15%	0,18%	0,17%	0,16%
Coopération Internationale	27,85%	22,64%	25,26%	28,62%	27,66%	26,31%
<b>Coûts totaux (secteur public) en millions de FCFA</b>	<b>58 792</b>	<b>72 098</b>	<b>71 015</b>	<b>66 218</b>	<b>71 395</b>	<b>339 517</b>
Dépense totale par rapport au PIB	3,75%	4,37%	4,10%	3,64%	3,74%	
Dépense par habitant (FCFA)	4 837	5 757	5 503	4 980	5 210	

Source : PDS 2005-2009

## *Chapitre III: Analyse Sectorielle*

### 3.1. Analyse des sources de financement de la santé

Au Niger, le secteur de la santé dispose pour la production des soins de santé de plusieurs sources de financement : internes et externes, publiques et privées. Les principales sont :

- ◆ L'Etat ;
- ◆ Les Collectivités locales ;
- ◆ Les ménages
- ◆ Le système de mutualisation et d'assurance maladie
- ◆ Les Partenaires au développement ;
- ◆ La CNSS ;
- ◆ Le secteur privé.

#### 3.1.1. Financement de la santé par le budget de l'Etat

L'Etat intervient dans le financement de la santé à travers son budget qui évolue en fonction des performances de l'économie. En dépit des difficultés économiques que traverse le pays depuis le début des années 90s, il a pris l'engagement conformément à la recommandation de l'OMS de consacrer 10% de son budget à la santé et 15% avec l'Engagement d'Abuja en l'an 2000. Cependant, les performances économiques n'ont pas permis d'atteindre ces objectifs. En 2003, les ressources budgétaires affectées à la santé par l'Etat ont représenté 8,6% de son budget général. Ceci peut s'expliquer par les tensions de trésorerie de l'année 2003 qui a conduit à une régulation budgétaire avec plus de 52% de crédits bloqués pour la santé. Toutefois, il demeure le principal financeur de la santé en assurant en 2003 le financement de 38,54% de la dépense globale de santé et 72% des dépenses totales de fonctionnement. Par rapport aux dépenses d'investissement, sa part reste très faible (3,74%).

#### 3.1.2. Financement de la santé par les collectivités locales

La Déclaration de Politique Sanitaire adoptée en mai 2002 engage les collectivités locales à consacrer 8% de leur budget à la santé. Cependant, les dépenses de santé des collectivités sont aujourd'hui encore très modestes (0,64% des dépenses totales de santé en 2003) à cause de la faiblesse de la mobilisation et du système de gestion des ressources. Comparées à 2002 (0,31% des dépenses totales), ces dépenses ont connu tout de même une augmentation (du simple à plus du double). Avec l'avènement de la décentralisation, le niveau de ces ressources sera normalement amené à augmenter. Mais il n'est pas certain que ceci se produise rapidement du fait de l'incertitude au niveau de la capacité de mobilisation et de gestion des ressources fiscales notamment au niveau des communes rurales nouvellement créées.

#### 3.1.3. Financement de la santé par les ménages

Les ménages financent déjà les dépenses de santé par l'intermédiaire de l'Etat en payant les impôts et taxes diverses. Ils contribuent également de façon indirecte au financement de la santé par leurs cotisations à l'assurance maladie et aux mutuelles. En 2003, cette forme de financement par les ménages a représenté 5,69% de la dépense globale de

santé. En outre, les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés. Au niveau des établissements publics de soins de base, ces paiements sont organisés à travers le recouvrement partiel des coûts des soins de santé en vigueur dans le pays depuis le début des années 90s. Dans ce cadre, les ménages ont financé la santé à hauteur de 5,86% des dépenses totales de santé en 2003. Pour les prestations de soins au niveau des centres de référence publics, des établissements de soins privés et confessionnels, des tradipraticiens et pour les acquisitions de médicaments auprès des pharmacies publiques et privées, les ménages ont déboursé en 2003 environ 8,519 milliards de FCFA soit 22,11% de la dépense globale de santé de la même année. Dans l'ensemble, les ménages ont financé environ 33,66% des dépenses totales de santé en 2003 et constituent ainsi l'une des principales sources de financement de la santé au Niger.

#### **3.1.4. Financement de la santé par les mutuelles et assurance maladie**

La mutualité est une forme d'association volontaire de personnes constituées pour se prémunir contre certains risques de la vie. C'est une alternative intéressante aux problèmes d'accès aux soins de santé en Afrique vue la faiblesse et l'instabilité des revenus des ménages. En effet, la vie sociale des populations nigériennes est caractérisée par une précarité totale qui touche plusieurs domaines dont celui de la santé. Les initiatives en matière de mutuelles de santé en cours d'expériences au Niger constituent d'autres sources de financement du secteur santé. Soutenue par tous les intervenants en matière de santé, la mutualité pourra créer une situation telle que dans un avenir proche, la majeure partie des soins sanitaires soient accessibles à la majeure partie de la population en particulier les plus pauvres.

Malheureusement, le système de la mutualité est encore très embryonnaire au Niger. En 2003, il a permis de financer 1,32% des dépenses totales de santé. En vue d'encadrer ce domaine, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies a mis en place une Cellule d'Appui au Développement des Mutuelles de Santé (CADMS). Cette cellule s'atèle activement à la sensibilisation, l'encadrement des structures et des communautés en vue d'une forte adhésion au système.

Quant à l'assurance maladie, elle n'est pas suffisamment organisée et elle est d'ailleurs très peu pratiquée. Elle reste encore le privilège de quelques individus aisés et des organismes bilatéraux et multilatéraux qui souscrivent pour eux-mêmes ou pour leur personnel. Le financement de la santé par ce domaine a représenté 4,38% de la dépense globale de santé en 2003.

#### **3.1.5. Financement de la santé par la CNSS**

La CNSS, participe également au financement de la santé au Niger. Il faut noter qu'elle dispose de sept (7) centres médico-sociaux et d'un centre de promotion sociale, qui font des prestations socio sanitaires à travers le pays. En 2003, ses dépenses de fonctionnement se sont élevées à 757,25 millions de francs CFA soit environ 1,97% des dépenses totales de santé de la même année.

### 3.1.6. Financement de la santé par le secteur privé

Les contributions privées nationales sont généralement des initiatives individuelles, d'entreprises privées, d'associations et de sociétés d'état, etc. A celles-ci, s'ajoutent les dépenses réalisées par les établissements privés de soins de santé et les fournisseurs privés de médicaments et biens médicaux. Leur développement a commencé en 1988, au lendemain de la mise en œuvre du Programme d'appui aux initiatives privées et à la création de l'emploi (PAIPCE). En 2003, ils sont au nombre de 229 toutes catégories confondues s'agissant des prestataires de soins. Quant aux fournisseurs de médicaments et biens médicaux, leur nombre s'élève à 57 dont 6 centrales d'achat. Pour non disponibilité des données, seules les dépenses de ces deux dernières catégories de source de financement privée sont estimées dans ce rapport. Elles s'élèvent en 2003 à environ 1 milliard de francs CFA soit 2,59% des dépenses totales de santé. La part du fonctionnement dans ces dépenses représente 88,61% et celle des investissements 11,29%. Le tableau ci-dessous indique leur répartition économique par région

**Tableau n°9 : Dépenses du Secteur Privé Santé 2002-2003 par région**

Régions	Dépenses de fonctionnement		Dépenses d'investissement		Total	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Agadez	247 515 333	48 580 100	1 234 000	5 537 075	248 749 333	54 117 175
Diffa		299 000			0	299 000
Dosso	41 153 604	7 564 000	450 000	600 000	41 603 604	8 164 000
Maradi	41 153 604	137 700 867	2 046 000	5 929 895	43 199 604	143 630 762
Niamey	242 724 485	308 591 679	151 979 830	92 708 880	394 704 315	401 300 559
Tahoua	393 697 703	398 758 786	41 342 545	6 674 900	435 040 248	405 433 686
Tillabéry	1 687 800	2 030 200	725 500	4 096 170	2 413 300	6 126 370
Zinder	nd	nd	nd	nd	nd	nd
<b>Total</b>	<b>967 932 529</b>	<b>903 524 632</b>	<b>197 777 875</b>	<b>115 546 920</b>	<b>1 165 710 404</b>	<b>1 019 071 552</b>

*nd : non disponible*

*Source : Données recueillies sur le terrain*

### 3.1.6. Financement de la santé par la Coopération Internationale

Plusieurs pays donateurs et organisations internationales participent activement au financement du secteur de la santé au Niger. Le montant global du financement des activités sanitaires par la coopération internationale a atteint près de 10 milliards de francs CFA en 2003, soit environ 17,04 millions de dollars US (au taux de change de 1 \$ = 586,6 FCFA) ou 1,48 \$ US par habitant (voir le tableau n°9, ci-dessous). Ce montant ne prend pas en compte l'appui de la Banque Mondiale car il constitue un crédit remboursable par mobilisation des ressources internes de l'Etat.

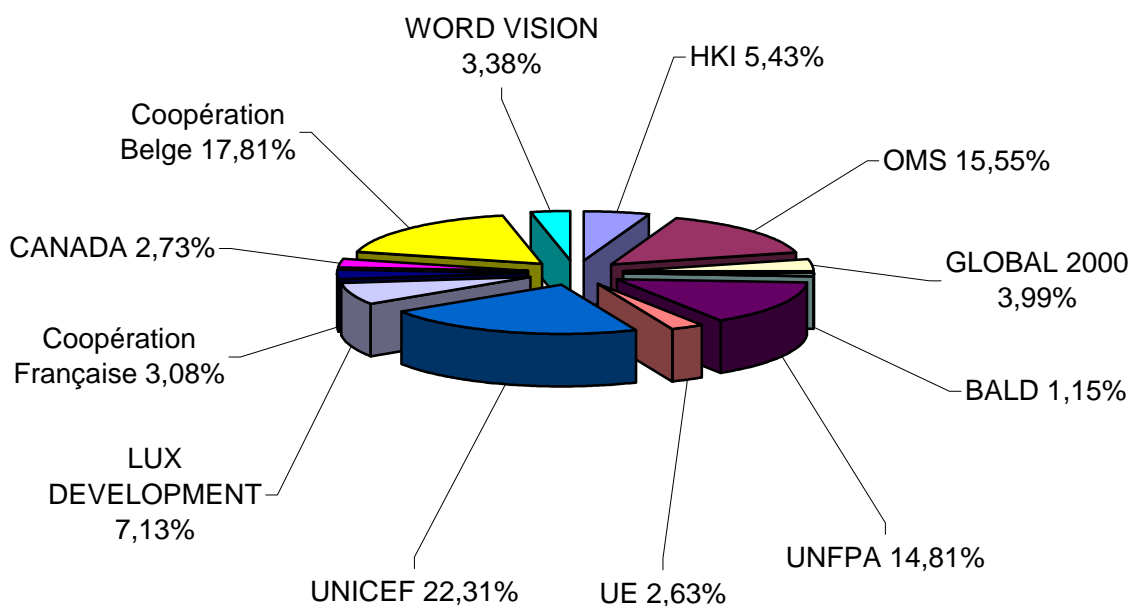
Ce financement représente en 2003, 25,80% de la dépense globale de santé. Comme on peut le constater sur le tableau ci-dessous, le financement de la coopération internationale au profit de la santé provient plus des organisations internationales (52,67%) que de la coopération bilatérale et multilatérale comprenant les ONG (47,33%). On dénote toutefois, l'absence de données sur certaines sources non moins importantes comme la coopération japonaise, la coopération chinoise, etc. Comme le montre le tableau n°10 ci-dessous, les trois organisations internationales qui sont l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et l'Union Européenne représentent à elles seules plus de 55% de l'ensemble des aides pour la santé, les Organisations Non Gouvernementales 21,08% et la coopération bilatérale (coopération Française, Coopération Canadienne, Coopération Belge) 23,62%.

**Tableau n°10 : Part du financement de la santé par la Coopération Internationale en 2003**

Partenaires Techniques Financiers	Montant (en F CFA)	Part ( %)
HKI	539 654 302	5,43
OMS	1 544 811 147	15,55
GLOBAL 2000	396 244 424	3,99
BALD	113 934 709	1,15
UNFPA	1 471 643 107	14,81
UE	260 836 752	2,63
UNICEF	2 216 902 600	22,31
LUX DEVELOPMENT	708 647 746	7,13
Coopération Française	306 515 237	3,08
CANADA	271 670 682	2,73
Coopération Belge	1 770 000 000	17,81
WORD VISION	335 388 000	3,38
<b>TOTAL</b>	<b>9 936 248 706</b>	<b>100,00</b>

*Source : Données recueillies auprès des partenaires*

**Graphique n°13 : Structure de la Coopération Internationale par source de financement en 2003**

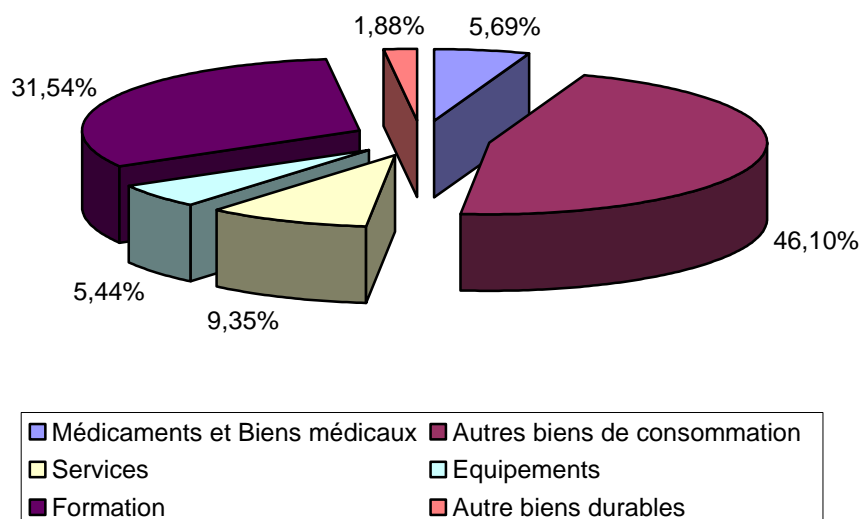


*Source : Données recueillies auprès des partenaires techniques et financiers*

L'analyse économique de la structure du financement de la coopération internationale montre que celle-ci a consacré l'essentiel de son intervention au financement des domaines suivants :

- Médicaments et biens médicaux ;
- Autres biens de consommation ;
- Services ;
- Equipements ;
- Autres biens durables ;
- Formation (de courte et longue durée, séminaires, ateliers, sensibilisation).

**Graphique n°14 : Classification économique des dépenses de la Coopération Internationale en 2003**



*Source : Données recueillies auprès des partenaires techniques et financiers*

L'analyse du graphique ci-dessus, montre que l'essentiel des dépenses de la Coopération Internationale est consacré aux autres biens de consommation et à la formation de courte et longue durée. En effet, 46,10% des dépenses de cette dernière sont affectées à l'achat des biens de consommation et 31,54% à la formation et au recyclage des agents de santé. Il faut aussi préciser que les dépenses liées à la sensibilisation à la supervision, aux séminaires et ateliers sont comptabilisées dans cette rubrique. Les médicaments et biens médicaux occupent 5,69% des dépenses au moment où les services (études, recherche) ont 9,35% et les équipements 5,44%.

### 3.2 Analyse de la structure du Budget du MSP/LCE

#### 3.2.1. Niveau du Budget du MSP/LCE

Le budget du Ministère de la Santé est insuffisant car son financement est intimement lié aux performances de l'économie et aux faibles capacités fiscales de l'Etat. Les points listés ci-dessous prouvent que des efforts doivent être déployés pour remédier à cette situation. En effet, ce budget :

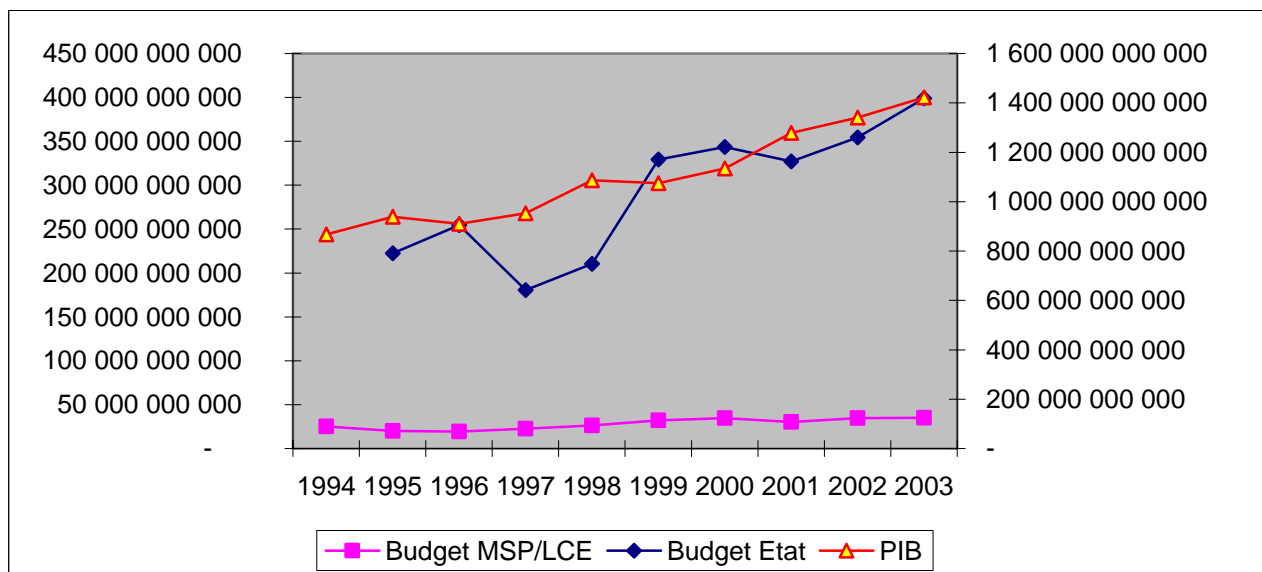
- représente jusqu'à une date récente près de 6 % du budget général de l'Etat contre 10 % recommandé par l'OMS et 15% par le Sommet des Chefs d'Etat d'Abuja;
- ne dépasse pas par habitant en moyenne 2 600 FCFA sur la période contre plus de 6 500 FCFA en comparaison des dépenses attendues selon « Better Health for Africa » ;
- représente près de 2,46 % du PIB en 2003 contre 1,7-1,8 % au début des années 90s.

Ces chiffres peu satisfaisants montrent que les objectifs poursuivis à travers la politique sectorielle par les pouvoirs publics depuis 1995 et qui étaient de mettre à la disposition de la population des services de santé d'un coût abordable et d'une meilleure qualité, ne sont pas atteints. Cette politique s'appuyant sur les principes des soins de santé primaires définis lors des conférences OMS/UNICEF d'Alma Ata (1978) et de Bamako (1987), a cherché à intégrer les soins de santé curatifs, préventifs et promotionnels, à améliorer l'état de santé de l'individu, de la famille et de la communauté, surtout parmi les groupes vulnérables, et à favoriser la participation des bénéficiaires. L'examen des dépenses publiques a permis de constater que les objectifs de la stratégie nécessitaient des ressources financières conséquentes afin que l'accès de la population aux soins de santé soit amélioré.

### 3.2.2 Evolution du Budget du MSP/LCE

L'analyse du graphique ci-dessous montre qu'au Niger, la santé ne semble pas être une véritable priorité de l'Etat. En effet, en dépit de l'accroissement important de la population et des besoins sans cesse croissants en matière de santé, l'évolution du budget alloué au département de la Santé n'a pas suivi celle du budget général de l'Etat et celle du PIB. On constate un décalage permanent entre les augmentations respectives des indices des trois variables. La courbe relative au budget général de l'Etat se situe pratiquement en permanence (à l'exception des années 1999 et 2000), durant les dix dernières années, en dessous de celle de l'indice du PIB et au dessus de celle du budget du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies. Les années (1999 & 2000) se trouvent au cœur de la situation politique du Niger car elles marquaient la fin d'un régime militaire et le début d'un autre démocratiquement élu. En effet, les budgets correspondant à ces années ont été préparés et exécutés sans un véritable arbitrage.

**Graphique15 : Evolution des indices du budget du MSP, du budget de l'Etat et du PIB (1994-2003)**



*Source : Lois des Finances 1994 à 2003 et Cadrage macro-économique 2003*

Toutefois, l'examen de l'évolution du budget du Ministère de la Santé per capita et en FCFA constants montre que, durant les trois dernières années, l'Etat a déployé des efforts eu égard à ce secteur (voir tableau n°9). Ces efforts ont profité surtout à la masse salariale au détriment du budget de fonctionnement hors personnel dont le niveau per capita et en volume a baissé en 2001 et 2003 ; ce qui améliore et accroît les bénéfices liés aux augmentations des crédits d'investissements de ces dernières années. En effet, l'analyse des indices d'accroissement des grandes composantes du budget (voir graphique n° 15) montre un énorme décalage entre la courbe du budget d'investissement et celle du budget de fonctionnement hors personnel. Cette situation risque de conduire à l'exacerbation des problèmes d'entretien, de réparation, de nettoyage et de supervision que rencontrent actuellement les structures sanitaires du département de la Santé. En effet, le secteur dispose actuellement de 578 Centres de santé intégrés de type 1 et 2, 42 hôpitaux de District dont 8 seulement fonctionnels, 6 Centres

Hospitaliers Régionaux, 3 Maternités de référence, 3 Hôpitaux Nationaux et 1 201 Cases de santé construites dans le cadre du Programme Spécial avec environ 600 fonctionnelles. A ce dispositif sanitaire, il faut ajouter le réseau des structures administratives par l'intermédiaire desquelles le Ministère doit répondre aux besoins d'entretien des formations chargées de la production des soins.

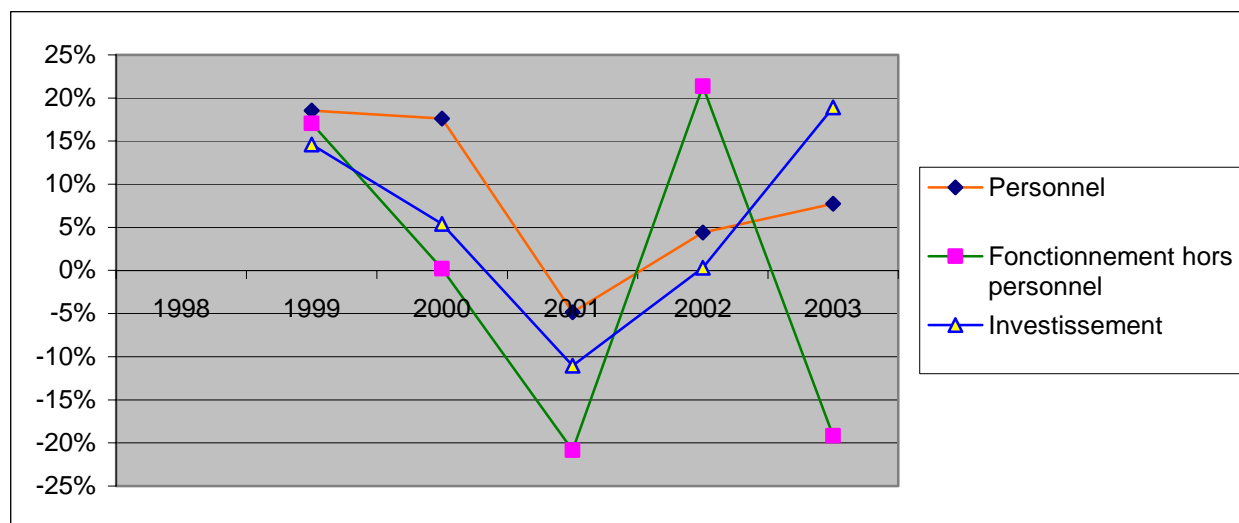
Concrètement, les autorités du Ministère de la Santé Publique doivent faire des projections des ressources budgétaires annuelles détaillées qui tiennent compte des priorités du secteur mais aussi et surtout avoir à l'esprit que sans un renforcement de la prévention sanitaire, l'objectif d'amélioration de l'état de santé des populations ne pourra être atteint.

**Tableau 1 : Evolution du Budget du MSP/LCE de 1998 à 2003**

Année budgétaire	Personnel	Fonctionnement hors personnel	Investissement	Total
1998	3 199 738 000	9 505 970 000	14 293 062 000	26 998 770 000
1999	3 927 793 000	11 463 087 000	16 740 861 000	32 131 741 000
2000	4 768 147 000	11 486 320 000	15 936 482 000	32 190 949 000
2001	4 548 457 000	9 506 541 250	16 713 889 000	33 353 277 190
2002	4 757 933 000	12 090 931 190	17 647 888 009	34 496 752 199
2003	5 157 933 000	10 147 029 000	19 715 240 000	35 020 202 000

Source : Lois des Finances de 1998 à 2003

**Graphique 16 : Evolution de la structure du budget du MSPLCE (1998-2003)**



Source : Données du tableau N°8

### 3.2.3 Niveau d'Exécution des Crédits Alloués au MSP/LCE

**Tableau 12 : Niveau d'Exécution des Crédits Alloués au MSP/LCE**

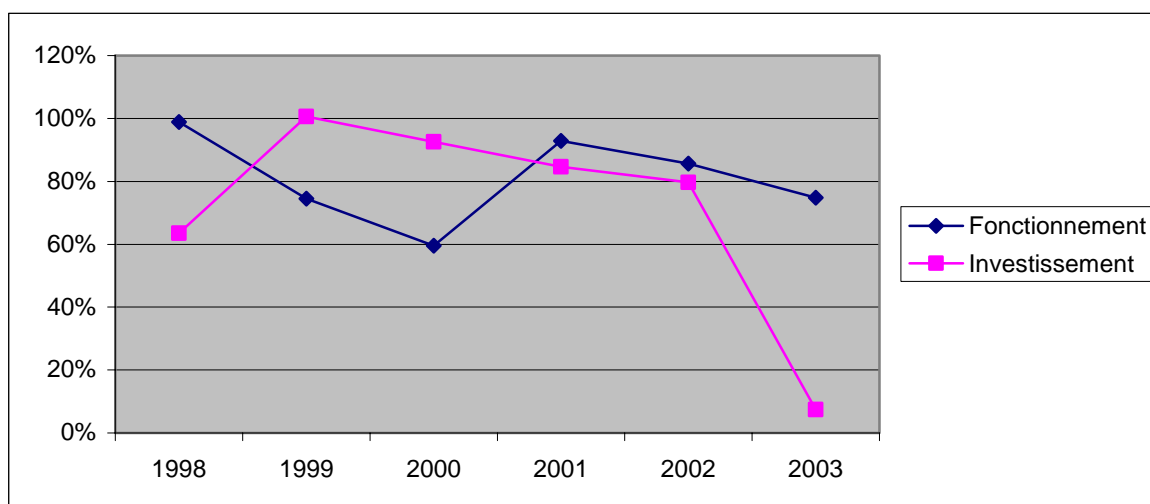
Années	Personnel	Fonctionnement hors personnel	Total Fonctionnement	Investissement	Total
1998	3 157 039 806	9 409 219 464	12 566 259 270	9 082 677 000	21 648 936 270
1999	4 334 043 108	7 129 568 932	11 463 612 040	16 838 450 000	28 302 062 040
2000	4 510 808 196	5 175 374 071	9 686 182 267	16 387 911 000	26 074 093 267
2001	4 507 814 491	8 541 071 172	13 048 885 663	13 492 212 000	27 779 200 489
2002	4 649 855 302	9 779 173 998	14 429 029 300	12 742 687 000	27 171 716 300
2003	4 685 535 000	6 756 210 000	11 441 745 000	1 466 898 000	12 908 643 000

Source : Exécutions Lois des Finances de 1998 à 2003

Durant la période 1998 à 2003, le taux d'exécution du budget de fonctionnement du MSP/LCE a été relativement faible (DAF/MSP/LCE et Exécutions des Lois des Finances de 1998 à 2003). Il a oscillé entre 45% et 99% avec une moyenne de 74%. Il fut en 1998 de 99%, quand en 1999 et 2000, il connaît une baisse drastique avant de connaître une amélioration en 2001 pour à nouveau baisser en 2002 et 2003. Parallèlement, les crédits d'investissement du département n'ont pas été suffisamment utilisés. Durant ces années budgétaires, le MSP n'a utilisé qu'une somme totale de 70,012 milliards de FCFA soit, en moyenne, environ 12 milliards de FCFA par année budgétaire. La perte la plus importante concerne l'exercice 2003 durant lequel le MSP n'a utilisé que 1,5 milliards de FCFA pour cause de non engagement des ressources sur fonds extérieurs. Très souvent le non paiement de la contrepartie de l'Etat au financement des projets d'investissements est à l'origine du faible taux de consommation de crédits. Une solution doit être trouvée à cette situation si l'on veut optimiser les ressources mises à la disposition du secteur par la coopération internationale.

Pendant la même période (1998-2003), le taux d'exécution des crédits du budget d'investissement a oscillé entre 7% et 101% (en moyenne 71% par année), comme le montre le graphique n°17 ci-dessous. Ce qui constitue une performance assez faible.

**Graphique17 : Evolution de l'exécution du budget du MSPLCE (1998-2003)**



Source : Exécution des lois des Finances 1998 à 2003

### 3.2.4 Structure des Dépenses du MSP/LCE par Niveau

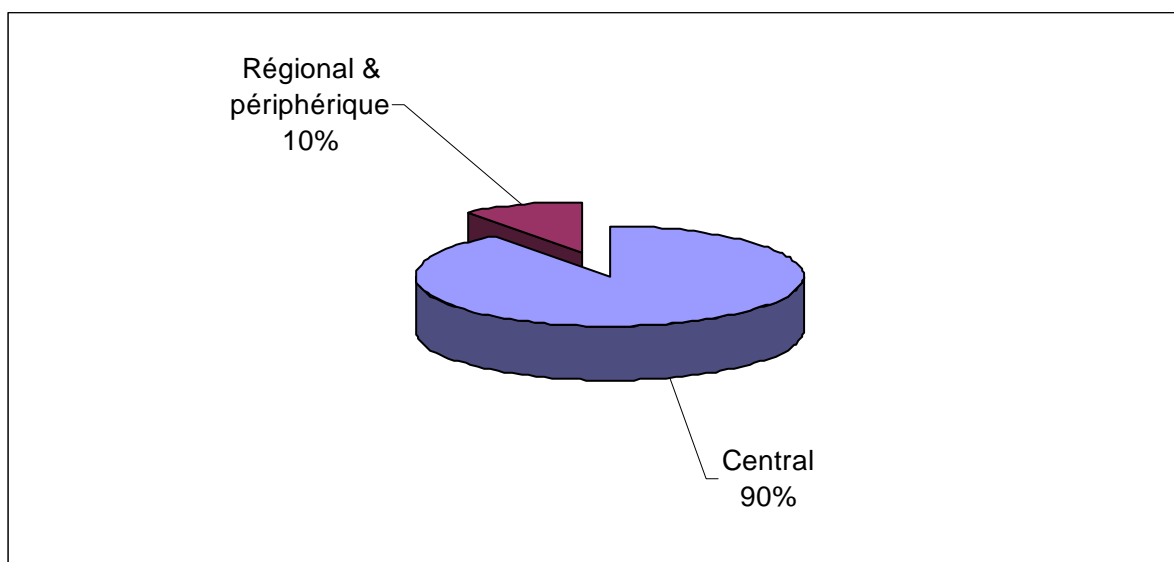
De l'ensemble des crédits budgétaires alloués (et dépensés) par le MSP/LCE, 90,12% profitent aux structures centrales (subventions EPA et dépenses communes telles que le salaire, l'eau, l'électricité, le téléphone, les médicaments, les vaccins, le carburant, l'entretien des véhicules et le matériel technique) contre 9,88% au réseau de soins de santé de base (les centres de santé intégrés et les hôpitaux de district), aux centres hospitaliers régionaux et à l'administration des niveaux district et direction régionale, qui coordonne l'organisation du réseau des soins de santé de base. Cette proportion reste très faible eu égard à l'importance de la mission de ces structures. Une telle situation doit être revue dans l'optique d'une répartition plus équitable des ressources qui devraient être plus affectées aux structures périphériques qui desservent la majorité de la population (près de 80%).

**Tableau 13 : Structure des dépenses de santé par niveau en 2003**

NIVEAU	MONTANT	PART
Central	11 632 788 425	90,12%
Régional et périphérique	1 275 854 575	9,88%
Total	12 908 643 000	100,00%

Source : DAF/MSP/LCE et Exécution Loi des Finances 2003

### Graphique 18 : Crédits alloués par le MSP/LCE et dépenses par niveau en 2003



Source : à partir du tableau ci-dessus

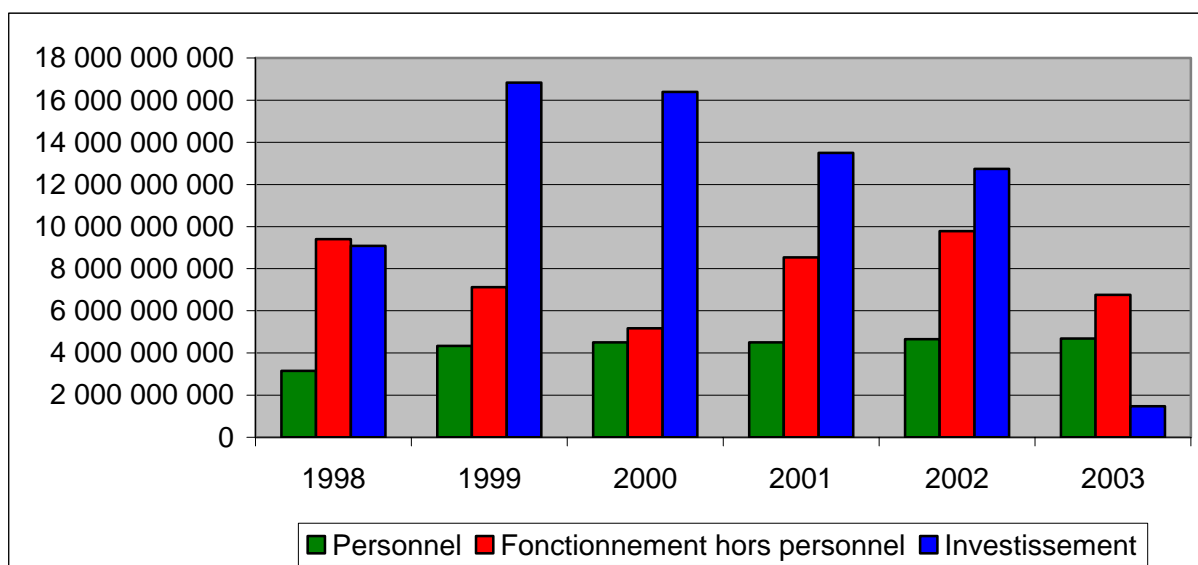
Il peut être aisé de constater sur la base du graphique ci-dessus, que la répartition des crédits n'est pas équitable au niveau du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies. Le niveau régional et périphérique dispose de seulement 10% des crédits contre 90% pour l'Administration Centrale et les EPA Santé. Cette situation n'est pas de nature à favoriser le développement des services déconcentrés pourtant maillon essentiel voire indispensable dans la réussite de l'organisation et de la production des soins de santé. La mise en application de la nouvelle nomenclature à partir de cette année devrait permettre une meilleure lisibilité des crédits et faciliter l'exécution de ces derniers. Néanmoins, la complexité de cette nomenclature n'a pas favorisé son exploitation même par les techniciens du Ministère des Finances à plus forte raison par ceux des ministères techniques. Ceci a conduit à la concentration de certains crédits sur les lignes du niveau central. C'est le cas des crédits pour l'entretien des matériels de transport qui ont connu une réduction drastique et ramenés au niveau du cabinet.

### 3.2.5 Classification des Dépenses du MSP/LCE

#### 3.2.5.1 Classification Economique

La classification économique de l'ensemble des charges du MSP/LCE par catégorie de dépenses fait ressortir les résultats suivants :

#### Graphique 19 : Classification Economique des dépenses du MSP/LCE



**Source :** Données tirées des lois des Finances complétées par celles de la DAF/MSP/LCE et des bilans financiers de l'exécution des budgets d'investissements.

Le graphique ci-dessus montre que les dépenses du secteur peuvent être réparties en trois (3) grandes rubriques : le personnel, le fonctionnement hors personnel et l'investissement.

1. **Dépenses du personnel :** ce poste comprend la rémunération et les indemnités des fonctionnaires et auxiliaires. On remarque que la part des dépenses du personnel augmente d'année en année malgré le départ à la retraite d'agents ayant trente (30) ans d'ancienneté de services. Cette situation peut s'expliquer par la prise en compte des incidences financières liées aux avancements tant automatique qu'au choix, le retour de plusieurs agents des positions exceptionnelles (disponibilité, fin de détachement, congé sans traitement, etc.). Le poids des rémunérations salariales est très élevé dans les dépenses de santé. Il représente 36,30% des dépenses totales de la santé en 2003 malgré le blocage des incidences des avancements du personnel et celles liées au reclassement et à la bonification d'échelon. En prenant en compte tous les paramètres liés aux rémunérations du personnel et en recentrant la masse salariale du personnel des EPA, ce poids pouvait représenter les deux tiers des dépenses totales de santé.
2. **Fonctionnement hors personnel :** ce poste comprend toutes les dépenses courantes non salariales à savoir les moyens de fonctionnement des services (fournitures et consommables de bureau, produits d'entretien), les dépenses d'eau, d'électricité et de téléphone, le matériel et l'outillage pour les services techniques, l'entretien des bâtiments, l'entretien des véhicules, les médicaments, les vaccins et l'alimentation des malades. Il occupait à lui seul 52,34% des dépenses totales de santé en 2003 contre 36% en 2002. La part des dépenses de médicaments reste très négligeable (0,04%). Cette situation est essentiellement due à l'absence d'exécution des marchés depuis 2001. Les autres dépenses de fonctionnement hors personnel liées à l'entretien, à la réparation, au déplacement, à la communication, qui restent essentielles pour le bon fonctionnement du système. Le poste Entretien et Réparation représente seulement 1,7% de ces ressources, c'est-à-dire, juste ce qui est nécessaire pour un entretien moyen d'un patrimoine d'une durée de vie inférieure ou égale à trois années.
3. **Investissements :** les dépenses d'investissement du secteur ont connu une exécution physique très mitigée liée essentiellement à la baisse des décaissements des fonds extérieurs causée par des problèmes de financement de la contrepartie des projets. Malgré une inscription conséquente des crédits d'investissement en 2003, l'utilisation

n'a pas suivi. En effet, seulement 11,36% des crédits inscrits ont été utilisés en 2003 contre 46,90% en 2002 comme le montre le graphique ci-dessus. D'une manière générale, on peut remarquer sur la période 1998 -2003, une évolution en dent de scie en chiffres réels avec une augmentation plus marquée en 1999 et 2001 des dépenses d'investissement (bilans financiers de l'exécution des budgets d'investissement).

### 3.2.5.2 Classification fonctionnelle

A travers l'analyse fonctionnelle des dépenses au profit du MSP/LCE (c'est-à-dire les dépenses budgétaires et autres apports extérieurs: recettes propres, transferts de la coopération internationale et des autres départements ministériels...), on peut constater que :

Les niveaux régional et périphérique bénéficient d'une part relativement faible (10%) en raison de la non intégration des dépenses de certaines prestations telles que la masse salariale, le carburant, l'eau, l'électricité, le téléphone et les médicaments, etc. En outre, l'apport des partenaires du MSP/LCE bénéficiant pour une assez bonne partie à l'encadrement des activités sanitaires du département n'est pas intégré du fait du manque de précision sur la répartition géographique de leurs contributions.

Le niveau central (au sens large) a un poids estimé à 90% (voir le graphique n°18). Ce pourcentage serait beaucoup plus faible si l'on disposait d'une clé de répartition conséquente des ressources entre les structures d'un niveau à un autre. La part du niveau central, quelle qu'en soit la définition, peut être considérée comme excessive en raison, d'une part, de la grande concentration des établissements publics à caractère administratif à Niamey, et d'autre part, de la non maîtrise des dépenses salariales et celles liées à l'énergie en général. Aussi, les dépenses d'investissement profitant pour une grande part aux régions et sous régions n'ont pas connu une exécution ces dernières années (surtout en 2003).

Les chiffres nécessaires pour analyser la contribution des dépenses publiques (chiffres du budget et affectation effective) par grande fonction et par grand programme du Ministère de la Santé Publiques et de la Lutte contre les Endémies ne sont pas immédiatement disponibles. La centralisation du fichier du personnel au niveau central (Ministère de l'Economie et des Finances) ne permet pas aussi de ressortir la part des dépenses salariales de chaque niveau.

## *Conclusion et Recommandations*

Au terme de ce premier exercice des comptes nationaux de santé, il ressort que le Niger présente encore des niveaux des mortalités infanto-juvénile et maternelles très élevés et qu'en outre, les disparités des conditions sanitaires entre les régions du pays sont relativement importantes, surtout entre milieux urbain et rural.

Ce premier exercice des comptes nationaux de santé, fait également ressortir une faible dépense globale de santé dans un contexte de cherté des soins et biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat de plus en plus faible d'une part, et d'autre part de la quasi-inexistence de systèmes solidaires de financement des dépenses de santé à travers la mutualité et l'assurance maladie.

Le financement des dépenses de santé est très fragmenté et des disparités importantes caractérisent sa répartition. Les ménages constituent l'une des principales sources de financement de la santé. Leur paiement équivaut quasiment à l'effort fourni par l'Etat (33,66% contre 38,54% de la dépense globale de santé). Cela indique une mise à contribution des usagers, un désengagement de l'Etat laissant la voie à une privatisation accrue de l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Au même moment, les actions tendant à organiser les économiquement faibles à travers la mutualité afin d'améliorer leur accès aux soins de santé restent timides. Le financement collectif à travers les mutuelles n'a représenté que 1,32% des dépenses totales de santé. Cette situation, où le risque d'exclure les plus pauvres est très élevé, n'est plus adaptée au financement d'un secteur dont l'objectif principal est de fournir des soins de qualité à l'ensemble de la population. En effet, les disparités ne sont pas uniquement liées au financement mais aussi à l'accès aux services de soins. Ces services sont plus utilisés par les couches aisées au détriment des plus démunis. Cet état de fait, est le résultat de la faiblesse du financement du secteur auquel s'ajoute des modalités de financement à faible degré de mutualisation du risque ou de solidarité nationale.

Les ressources mobilisées par le système national de santé ont été plus consacrées à l'encadrement du système par son administration (41,10%). La faible part des soins hospitaliers (2,26%) et de celle des établissements privés de soins (1,63%) s'explique particulièrement par la partialité des données. Il en est de même pour les médicaments et biens médicaux (16,08% des ressources totales) surtout concernant les fournisseurs privés.

Par ailleurs, ce premier exercice des comptes nationaux de santé a permis d'évaluer les obstacles liés au système d'information en matière financière des structures et institutions intervenant dans le domaine de la santé. De façon générale, l'information est difficile à obtenir en particulier au niveau du secteur privé et associatif.

Eu égard à cette situation, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

#### **A l'endroit du MSP/LCE,**

- La mise en place d'un système de gestion fiable et de circulation de l'information à tous les niveaux du système de santé par l'intégration entre autres dans les supports SNIS des données financières et hospitalières ;
- La poursuite de la sensibilisation et de l'information des acteurs et partenaires de la santé sur l'importance des comptes nationaux de santé et leur nécessaire implication dans le processus;
- La poursuite de l'exercice annuel d'élaboration et de restitution des CNS ;
- L'informatisation du système de gestion à tous les niveaux.
- La décentralisation effective de la gestion budgétaire ;
- L'allocation des ressources sur la base des besoins et des performances en privilégiant les régions défavorisées dans un esprit d'équité et d'efficacité des dépenses publiques. L'allocation des ressources devrait tenir compte d'un certain nombre de critères objectifs tels que la population, le niveau de pauvreté des régions et des districts sanitaires, l'accessibilité géographique etc.

#### **A l'endroit du Gouvernement,**

- Le renforcement du financement du secteur à travers les mesures suivantes :

- le développement de nouvelles alternatives de financement de la santé (mutuelles de santé, assurance maladie etc.) ;
- la création d'organismes publics d'assurance ;
- le remplacement des 80% de prise en charge des fonctionnaires par l'Etat par une enveloppe globale servant de cotisations à l'assurance maladie ;
- L'augmentation progressive de la part du budget de la santé pour atteindre au moins 15% du budget de l'Etat en mettant notamment à profit les opportunités créées à travers l'Initiative PPTE ;
- L'application de manière effective de l'initiative 20/20,

La mise en œuvre de ces différentes recommandations permettra sans doute d'améliorer et de maîtriser le financement du secteur et d'accroître ainsi ses performances.

## Références Bibliographiques

1	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies Mai 2002, Déclaration de Politique Sanitaire
2	Cabinet du Premier Ministre 2002, Stratégie de Réduction de la Pauvreté
3	Ministère de l'Economie et des Finances, Etats consolidés d'exécution financière du Budget de l'Etat 2000 ; 2001, 2002 et 2003
4	PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain 2004
5	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies, Rapports Revue des Dépenses Publiques, Secteur Santé : 2000-2001-2002
6	Banque Mondiale 2003, Santé et Pauvreté au Niger : Vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement
7	Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, Rapport Comptes Nationaux de Santé 1997/98
8	Ministère de la Santé Publique, Rapport Etude du Financement du Système de Santé en République du Niger, Octobre 1991
9	Centre International de l'Enfance, Paris 1996, «Sources et Modalités de Financement des Systèmes de Santé », Cours international sur « Evaluation économique des programmes de santé »,
10	Centre International de l'Enfance, Paris 1996, «Introduction à l'Economie Sanitaire », Manuel de formation en économie de la santé, Cours international sur l'Evaluation Economique des Programmes de Santé
11	OMS-Genève 2003, Guide pour l'Elaboration des Comptes Nationaux de la Santé
12	OCDE 2000, Système des Comptes de la Santé

*ANNEXES*

## Annexe 1 : SYNTHÈSE DES DONNÉES DES PHARMACIES ET DÉPÔTS 2002-2003

REGION	Nature pharmacie	2002	2003
Agadez	Populaire	186 867 254	160 218 636
	Privée	189 284 285	112 403 791
		376 151 539	272 622 427
Diffa	Populaire	156 822 421	133 894 690
	Privée	9 640 000	10 180 000
		166 462 421	144 074 690
Dosso	Populaire	254 770 370	198 906 064
	Privée		
		254 770 370	198 906 064
Maradi	Populaire	296 926 036	261 096 601
	Privée		
		296 926 036	261 096 601
Niamey	Populaire	457 893 052	398 428 970
	Privée	1 463 799 723	3 074 711 716
		1 921 692 775	4 425 970 107
Tahoua	Populaire	483 186 786	390 699 248
	Privée	490 638 957	735 995 108
		973 825 743	1 126 694 356
Tillabéry	Populaire	274 572 598	476 521 299
	Privée	32 715 510	11 032 450
		307 288 108	487 553 749
Zinder	Populaire	267 396 376	225 730 643
	Privée		
		267 396 376	225 730 643
Niger	Populaire	2 378 434 893	2 245 496 151
	Privée	2 186 078 475	4 897 152 486
		4 564 513 368	6 191 819 216

*Source: données collectées sur le terrain*

## Annexe 2 : DEPENSES DES MENAGES / STRUCTURES DE SANTE HORS PHARMACIE

PAYS	REGION	code	Données	dépenses fonc	dépenses inves	recettes	Total
NIGER	AGADEZ	Privé	de 2002	247 515 333	1 234 000	13 944 276	262 693 609
			de 2003	48 580 100	5 537 075	21 662 226	75 779 401
		public	de 2002			19 213 774	19 213 774
			de 2003			17 870 865	17 870 865
			<b>de 2002 AGADEZ</b>	<b>247 515 333</b>	<b>1 234 000</b>	<b>33 158 050</b>	<b>281 907 383</b>
			<b>de 2003 AGADEZ</b>	<b>48 580 100</b>	<b>5 537 075</b>	<b>39 533 091</b>	<b>93 650 266</b>
	DIFFA	Privé	de 2002	0		0	0
			de 2003	299 900		2 259 841	2 559 741
		public	de 2002			30 494 057	30 494 057
			de 2003			52 295 492	52 295 492
			<b>de 2002 DIFFA</b>	<b>0</b>		<b>30 494 057</b>	<b>30 494 057</b>
			<b>de 2003 DIFFA</b>	<b>299 900</b>		<b>54 555 333</b>	<b>54 855 233</b>
	DOSSO	Privé	de 2002	6 358 750	450 000	17 414 895	24 223 645
			de 2003	7 564 000	600 000	19 975 555	28 139 555
			<b>de 2002 DOSSO</b>	<b>6 358 750</b>	<b>450 000</b>	<b>17 414 895</b>	<b>24 223 645</b>
			<b>de 2003 DOSSO</b>	<b>7 564 000</b>	<b>600 000</b>	<b>19 975 555</b>	<b>28 139 555</b>
	MARADI	Privé	de 2002	41 153 604	2 046 000	29 635 600	72 835 204
			de 2003	137 700 867	5 929 895	75 118 469	218 749 231
		public	de 2002			15 169 100	15 169 100
			de 2003			14 270 300	14 270 300
		Tradipraticiens	de 2002	30 000	185 500	136 000	351 500
			de 2003	40 000	156 500	151 000	347 500
			<b>de 2002 MARADI</b>	<b>41 183 604</b>	<b>2 231 500</b>	<b>44 940 700</b>	<b>88 355 804</b>
			<b>de 2003 MARADI</b>	<b>137 740 867</b>	<b>6 086 395</b>	<b>89 539 769</b>	<b>233 367 031</b>
	NIAMEY	Privé	de 2002	242 724 485	151 979 830	127 356 073	522 060 388
			de 2003	308 591 679	92 708 880	83 853 103	485 153 662
		public	de 2002			642 503 156	642 503 156
			de 2003			1 012 800 023	1 012 800 023
		Tradipraticiens	de 2002	650 000		1 500 000	2 150 000
			de 2003	723 000		1 700 000	2 423 000
			<b>de 2002 NIAMEY</b>	<b>243 374 485</b>	<b>151 979 830</b>	<b>771 359 229</b>	<b>1 166 713 544</b>
			<b>de 2003 NIAMEY</b>	<b>309 314 679</b>	<b>92 708 880</b>	<b>1 098 353 126</b>	<b>1 500 376 685</b>
	TAHOUA	Privé	de 2002	393 697 703	41 342 545	354 663 438	789 703 686
			de 2003	398 758 786	6 674 900	412 618 532	818 052 218
		public	de 2002	3 750 612		60 982 940	64 733 552
			de 2003	4 313 160		72 322 740	76 635 900
		Tradipraticiens	de 2002			0	0
			de 2003			24 646 909	24 646 909
			<b>de 2002 TAHOUA</b>	<b>397 448 315</b>	<b>41 342 545</b>	<b>415 646 378</b>	<b>854 437 238</b>
			<b>de 2003 TAHOUA</b>	<b>403 071 946</b>	<b>6 674 900</b>	<b>509 588 181</b>	<b>919 335 027</b>
	TILLABERI	Privé	de 2002	1 687 800	725 500	13 388 740	15 802 040
			de 2003	2 030 200	4 096 170	13 280 690	19 407 060
		public	de 2002			58 611 743	58 611 743
			de 2003			95 131 916	95 131 916
			<b>de 2002 TILLABERI</b>	<b>1 687 800</b>	<b>725 500</b>	<b>72 000 483</b>	<b>74 413 783</b>
			<b>de 2003 TILLABERI</b>	<b>2 030 200</b>	<b>4 096 170</b>	<b>108 412 606</b>	<b>114 538 976</b>
	ZINDER	public	de 2002			130 167 788	130 167 788
			de 2003			163 780 988	163 780 988
			<b>de 2002 ZINDER</b>			<b>130 167 788</b>	<b>130 167 788</b>
			<b>de 2003 ZINDER</b>			<b>163 780 988</b>	<b>163 780 988</b>
	NIGER	public	de 2002			29 506 234	29 506 234
			de 2003			34 090 200	34 090 200
			<b>de 2002 NIGER</b>			<b>29 506 234</b>	<b>29 506 234</b>
			<b>de 2003 NIGER</b>			<b>34 090 200</b>	<b>34 090 200</b>
			de 2002 NIGER	937 568 287	197 963 375	1 544 687 814	2 680 219 476
			de 2003 NIGER	908 601 692	115 703 420	2 117 828 849	3 142 133 961
			<b>Total de 2002</b>	<b>937 568 287</b>	<b>197 963 375</b>	<b>1 544 687 814</b>	<b>2 680 219 476</b>
			<b>Total de 2003</b>	<b>908 601 692</b>	<b>115 703 420</b>	<b>2 117 828 849</b>	<b>3 142 133 961</b>

Sources: Données collectées sur le terrain

**Annexe 3 : Données sur les dépenses de l'Etat et des Collectivités au niveau des régions**

Région	Source de financement	Fonctionnement	Investissement	Total
Agadez	Etat	40 223 367	631 726	40 855 093
	Collectivité	1 150 000	3 050 000	4 200 000
	<b>Total</b>	<b>41 373 367</b>	<b>3 681 726</b>	<b>45 055 093</b>
Diffa	Etat	35 135 056	4 052 950	39 188 006
	Collectivité	17 502 113	0	17 502 113
	<b>Total</b>	<b>52 637 169</b>	<b>4 052 950</b>	<b>56 690 119</b>
Dosso	Etat	44 265 579	701 522	44 967 101
	Collectivité	2 577 000	6 986 693	9 563 693
	<b>Total</b>	<b>46 842 579</b>	<b>7 688 215</b>	<b>54 530 794</b>
Maradi	Etat	71 365 462	2 718 242	74 083 704
	Collectivité	77 979 576	67 461 517	145 441 093
	<b>Total</b>	<b>149 345 038</b>	<b>70 179 759</b>	<b>219 524 797</b>
Tahoua	Etat	67 564 918	148 500 000	216 064 918
	Collectivité	9 744 262	13 670 800	23 415 062
	<b>Total</b>	<b>77 309 180</b>	<b>162 170 800</b>	<b>239 479 980</b>
Tillabéry	Etat	54 482 398	10 948 037	65 430 435
	Collectivité	12 031 928	1 600 000	13 631 928
	<b>Total</b>	<b>66 514 326</b>	<b>12 548 037</b>	<b>79 062 363</b>
Zinder	Etat	623 985 676	49 629 642	673 615 318
	Collectivité	13 548 146	0	13 548 146
	<b>Total</b>	<b>637 533 822</b>	<b>49 629 642</b>	<b>687 163 464</b>
Niamey	Etat	0	0	0
	Collectivité	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Total Etat</b>	<b>937 022 456</b>	<b>217 182 119</b>	<b>1 154 204 575</b>
	<b>Total Collectivité</b>	<b>134 533 025</b>	<b>92 769 010</b>	<b>227 302 035</b>
	<b>Total Niger</b>	<b>1 071 555 481</b>	<b>309 951 129</b>	<b>1 381 506 610</b>

Source: Données collectées sur le terrain

**Annexe 4 : Dépenses des partenaires extérieurs et d'autres sources de financement au niveau des régions en 2003**

REGION	PARTENAIRE	Total
AGADEZ	COOP FR	2 999 500
	FNUAP (UNFPA)	21 026 874
	GAVI	15 941 876
	HKI	2 168 880
	LUX DEVELOP	9 142 200
	MONACO +C.ARMOR+ENF AIR	25 000 000
	OMS	45 558 770
	OPEP	2 259 886 288
	PALU	73 300
	UNICEF	65 898 884
Total AGADEZ		2 447 696 572
DIFFA	GAVI	1 743 500
	GAVI	11 063 799
	LUX DEVELOP	4 785 000
	PADEL	1 750 000
	PALU	180 180
	SANTE2	1 240 000
Total DIFFA		19 018 979
DOSSO	CROIX ROUGE	625 000
	CTB	273 120 865
	ENS PART	152 478 168
	FSIL	46 040 245
	GAVI	24 991 210
	GTZ	54 630 000
	HKI	20 463 312
	JICA	6 322 271
	LUX DEVELOP	6 423 500
	OMS	69 619 063
	PADEL	110 000 000
	PALU	30 000
	PDRI	9 938 060
	SR/ML	10 248 142
	UNICEF	22 857 876
Total DOSSO		807 787 712
MARADI	ELH OMAROU LAWALI GAGO	1 440 000
	ENS PART	62 609 287
	GAVI	63 144 893
	GLOBAL 2000	122 000
	HKI	687 708
	JICA	659 487
	LUX DEVELOP	2 618 500
	MSF	300 000
	OMS	20 126 724
	SIDA	785 500
	UNICEF	54 470 049
Total MARADI		206 964 148
TAHOUA	CARE	-
	CROIX ROUGE	625 000

	GAVI	44 089 058
	HKI	19 762 523
	IHAB	32 000
	JAPON	10 146 554
	LUX DEVELOP	7 954 000
	NOMA	1 339 972
	OMS	62 795 359
	ONG TATALI	52 500
	PALU	150 000
	PTME	-
	SANTE2	2 888 565
	SIDA	558 863
	UNICEF	128 923 703
Total TAHOUA		279 318 097
TILLABERI	ALAFIA	71 018 657
	Com. Urbaine Ti	15 000
	Coop. SUD	4 101 528
	GAVI	70 184 419
	GLOBAL 2000	356 000
	HKI	19 217 831
	JAPON	28 135 650
	KFW	45 944 174
	LUX DEVELOP	5 855 300
	OMS	37 707 663
	OPEP	50 000 000
	Pharmacie Terminus	130 000
	SANTE2	995 378 000
	SIDA	435 000
	UNICEF	53 443 750
Total TILLABERI		1 381 922 972
ZINDER	ASDJE	8 802 460
	BID	2 740 351 446
	CARE	50 000
	COOP CHIN	15 000 000
	CROIX ROUGE	2 900 000
	FNUAP (UNFPA)	4 335 750
	GAPEN	154 000
	GAVI	15 435 955
	GLOBAL 2000	5 042 162
	HKI	5 947 312
	ITI	22 031 587
	LUX DEVELOP	16 724 250
	OMS	47 408 676
	PALU	2 611 800
	SANTE2	175 000
	UNICEF	137 826 360
Total ZINDER		3 024 796 758
NIAMEY	(vide)	
Total		8 167 505 238

Source : Données collectées sur le terrain

**Annexe 5 : Accès géographique et utilisation des services de santé**

	Niger	Rural	Urbain	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey
% population vivant à moins de 5 km d'une FS	49,7	28	72	75	42,4	53,7	44,5	54,1	35,5	39,2	100
Nombre districts	42			4	3	5	7	8	6	6	3
% districts ayant un chirurgien	30										
# d'habitants par lit d'hospitalisation	2 443			1 157	1 892	4 364	4 755	3 056	6 600	3 174	592

Source : Données des régions

**Annexe 6 : Taux de couverture vaccinale par antigène années 2000, 2001, 2002, 2003**

REGIONS	ANNEE 2000						ANNNEE 2001						ANNEE 2002						ANNEE 2003					
	BCG	DTCP1	DTCP3	VAR	VAA	VAT2+	BCG	DTCP1	DTCP3	VAR	VAA	VAT2+	BCG	DTCP1	DTCP3	VAR	VAA	VAT2+	BCG	DTCP1	DTCP3	VAR	VAA	VAT2+
AGADEZ	27	29	21	21	ND	15	43	44	31	35	5	20	39	39	27	51	6	27	74	84	62	65	22	22
DIFFA	48	47	37	43	ND	38	80	85	54	91	79	73	79	61	44	100	65	76	69	86	53	64	47	47
DOSSO	45	46	29	31	ND	25	56	56	39	48	35	49	66	52	22	58	56	39	93	92	66	75	23	23
MARADI	33	31	22	22	ND	21	55	51	31	62	11	43	52	39	20	40	22	31	71	70	40	69	13	13
TAHOUA	28	27	16	23	ND	27	47	46	26	55	22	39	57	41	21	57	40	42	83	83	46	60	21	21
TILLABERI	30	31	19	33	ND	19	41	43	30	35	26	40	44	35	19	36	23	36	77	76	56	56	27	27
ZINDER	30	30	15	16	ND	20	39	45	20	52	31	33	31	26	12	33	17	23	59	62	24	81	31	31
NIAMEY	76	69	57	55	ND	49	76	72	61	82	56	61	87	64	49	66	66	50	89	90	92	70	60	60
NIGER	35	35	23	27	ND	24	50	50	31	53	30	41	52	40	21	47	30	36	76	77	49	68	26	26

Source : MSP/LCE/DNI

**Annexe7 : Couverture services santé de la reproduction**

Services utilisés	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéry	Zinder	CUN
% f âgés de 15-45 ayant reçu VAT2+(*)	27	76	39	31	42	36	23	50
% f enceintes ayant effectué au moins une CPN	38,5	59,1	69,3	29,2	44,6	33,4	22,7	89,2
% f assistées par du personnel de santé lors de l'accouchement	21,3	43,0	16,3	13,9	15,9	8,9	3,7	77,7
% f utilisant la PF(méthode moderne)	5,1	5,9	4,6	2,1	3,9	2,3	3,2	25,7

Source : (\*) MSP/LCE/DNI, MICS 2000