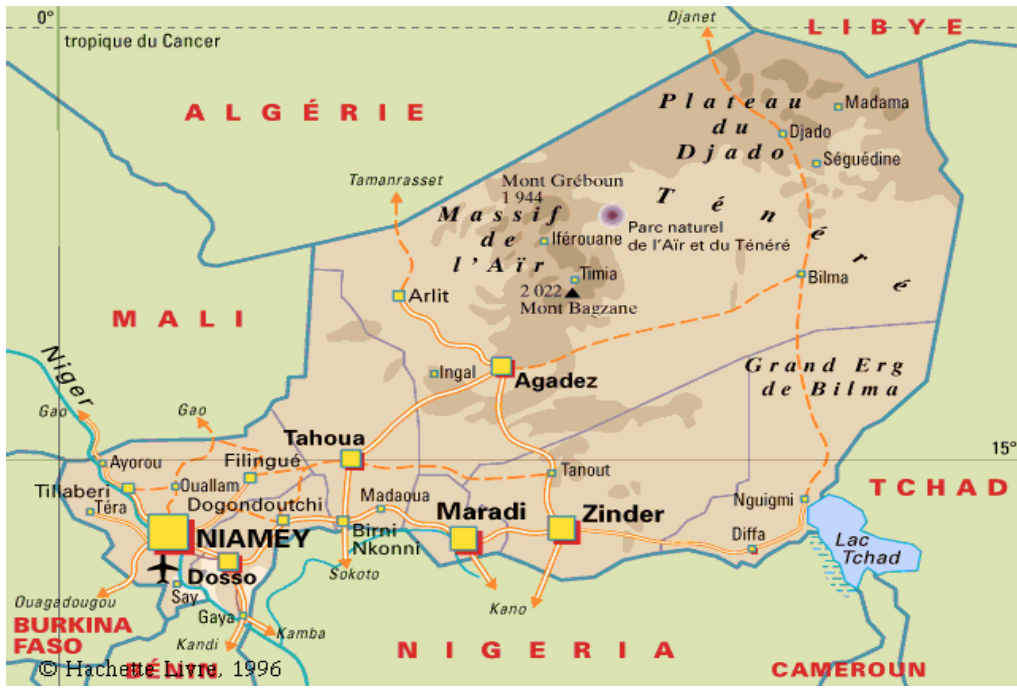


REPUBLIQUE DU NIGER

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES SECTEUR SANTE

EXERCICE 2006

Mars 2008

Rapport préparé par le comité Revue des Dépenses Publiques Secteur Santé comprenant :

- Mr Sidikou Soumana, Direction des Etudes et de la Planification
- Mr Moumouni Alhassane, Directeur des Infrastructures et de l'Équipement Sanitaire;
- Mr Zataou Soumana Boubacar, Direction des Ressources Financières et du Matériel ;
- Mr Yaro Hamidou, Direction des Etudes et de la Planification ;
- Mr Aboudoulaye Abou, Direction des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques ;
- Mr Roufaï Amadou, Direction des Ressources Humaines ;

Commentaires à envoyer à :

| |
|--|
| MSP BP 623 Niamey (Niger) Tél (227) 96-29-73-00 E-mail : sidikousoum@yahoo.fr |
|--|

SIGLES & ABREVIATIONS

| | | |
|-------|---|--|
| ANR | : | Aide non remboursable |
| CDMT | : | Cadre de Dépenses à Moyen Terme |
| CNSS | : | Caisse Nationale de Sécurité Sociale |
| PDS | : | Plan de Développement Sanitaire |
| PDSD | : | Plan de Développement Sanitaire de District |
| PDSR | : | Plan de Développement Sanitaire Régional |
| DEP | : | Direction des Etudes et de la Planification |
| EPA | : | Etablissement public à caractère administratif |
| IRA | : | Infection respiratoire aigue |
| MSP | : | Ministère de la Santé Publique |
| PIB | : | Produit intérieur brut |
| PPTE | : | Pays pauvre très endetté |
| SONUB | : | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base |
| SONUC | : | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets |
| SRP | : | Stratégie de réduction de la pauvreté |

Liste des Tableaux

Tableau n°1 : Structures de mise en œuvre des politiques et stratégies par niveau

Tableau 2 : Indicateurs d'offre de services en 2006

Tableau 3 : Répartition des ratios personnel de santé/habitants par région, année 2006

Tableau n°4 : Evolution des dépenses publiques de santé par catégorie économique de
2001 à 2006 (en millions de FCFA)

Tableau n° 5 : Dépense publique de santé par source de financement

Liste des Graphiques

- Graphique 1: Evolution du budget du Ministère de la Santé Publique, 2001-2006
- Graphique 2 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat, 2001-2006
- Graphique 3: Evolution du taux d'exécution du budget, 2001-2006
- Graphique 4: Répartition des dépenses du Ministère de la Santé par source de financement, année 2006
- Graphique 5 : Evolution de la dépense publique en % de la dépense publique totale de l'Etat et du PIB, 2001-2006
- Graphique 6 : Evolution de la dépense publique de santé par habitant, 2001-2006
- Graphique 7: Répartition de la dépense publique de santé per capita par région, année 2006
- Graphique 8 : Dépense publique de santé par habitant au niveau des régions et cas de décès dans les formations sanitaires périphériques, année 2006

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| RESUME ANALYTIQUE | i |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| Chapitre I : Analyse de la situation sanitaire | 3 |
| 1.1. Politique et cadre institutionnel | 4 |
| 1.2. L'offre de soins par le système de santé | 7 |
| Chapitre II : Situation épidémiologique et analyse des indicateurs de santé | 11 |
| 2.1. Situation épidémiologique | 12 |
| 2.2. Analyse des indicateurs de santé..... | 13 |
| Chapitre III : Financement public du secteur de la santé | 17 |
| 3.1. Budget du MSP | 18 |
| 3.2. Dépense publique globale de santé..... | 25 |
| 3.3. Financement privé de la santé..... | 30 |
| CONCLUSION/RECOMMANDATIONS | 31 |
| <i>Références Bibliographiques</i> | 34 |
| ANNEXES | 35 |

RESUME ANALYTIQUE

Les analyses faites dans le présent rapport de revue des dépenses publiques de santé exercice 2006 mettent l'accent sur le volume des flux financiers publics du secteur, leur provenance et leur distribution dans le système de santé. Mais, c'est d'abord le cadre politique et organisationnel du système de santé et la situation sanitaire du pays qui ont été présentés.

Le cadre politique de l'intervention sanitaire dans le pays repose sur un cadre organisationnel qui ouvre la voie au renforcement de la décentralisation et de la participation des communautés à la gestion des actions de santé. En effet, l'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif. Il s'agit d'un système pyramidal comprenant trois niveaux :

- a. un niveau central : responsable de la conception, du suivi et de l'évaluation des politiques et stratégies. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les Directions Générales (2) et Centrales (13);
- b. un niveau intermédiaire : responsable de l'appui technique, il est composé des Directions Régionales de la Santé Publique (8 DRSP) ;
- c. Un niveau périphérique : responsable de l'opérationnalisation des politiques et stratégies ; il est composé de 42 Districts Sanitaires.

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

De l'analyse de l'offre de soins par le système de santé, il ressort d'une manière générale que des progrès appréciables sont certes réalisés mais pas à la hauteur des espérances principalement à cause de la situation économique du pays peu favorable à un développement sanitaire appréciable. En effet, les indicateurs actuels de l'offre de services sanitaires montrent que des efforts restent à faire sur le plan du développement des ressources humaines, de l'extension de la couverture sanitaire et de l'équipement des formations sanitaires. A titre illustratif, le ratio

médecin/habitants indique un écart non négligeable par rapport à la norme recommandée par l'OMS. Toutefois, on peut constater une tendance à l'amélioration du ratio (1 médecin/33 933 habitants en 2005 contre 1 médecin/29782 habitants en 2006). Pour les autres catégories, il n'existe pas de déficit global ; les ratios globaux sont satisfaisants par rapport aux normes de l'OMS. Cependant, leur répartition sur le territoire national indique des grandes disparités entre le milieu rural et le milieu urbain et entre le niveau central et le niveau périphérique. En effet, au moment où Niamey dispose d'une sage-femme/913 femmes en âge de procréer et d'un infirmier/1 674 habitants, les régions de Maradi, Dosso, Tillabéry, Tahoua et Zinder ont des ratios largement inférieurs aux normes. C'est surtout la région de Tahoua qui présente un important déficit s'agissant des sages-femmes (1 sage-femme/14 287 femmes en âge de procréer). Concernant les infirmiers, ce sont les régions de Tahoua, Zinder, Maradi, Dosso et Tillabéri qui présentent des ratios les plus faibles et qui sont similaires à ceux des sages-femmes.

Toutefois, les réformes opérées dans le secteur depuis le début des années 90s ont permis d'améliorer plusieurs indicateurs de santé et si les efforts se maintiennent le Niger pourrait être au rendez-vous du Millénaire pour certains d'entre eux. Il s'agit notamment de la mortalité de l'enfant qui est de plus en plus en baisse ces dernières années. En effet, selon l'enquête EDSN/MICS III 2006, le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 326‰ en 1990 à 198‰ en 2006 soit une baisse annuelle d'environ 9 points qui, si elle se maintient pourrait permettre au pays d'atteindre sa cible du millénaire qui se situe autour de 108,68‰.

Par contre dans d'autres domaines les efforts fournis n'ont pas permis de fléchir le niveau des indicateurs qui placent le pays dans une situation difficile par rapport au rendez-vous du millénaire. C'est principalement : le problème nutritionnel (50% de malnutrition chronique), le niveau élevé et la quasi stagnation de la mortalité maternelle depuis 1990 (7‰ à 6,48‰ en 2006), l'incidence élevée du paludisme (60 cas pour 1000 habitants) et la prévalence élevée des maladies tels que la tuberculose (0,06%) et le VIH/SIDA (0,7%). Ainsi, le niveau actuel des indicateurs met en évidence aussi bien des progrès prometteurs que des contraintes importantes à surmonter pour une réelle amélioration de la situation sanitaire.

L'analyse du financement public des dépenses de santé montre que le budget de la santé s'élevait à 36,3 milliards de FCFA en 2006 et représentait 7,82% du budget général de l'Etat et 1,95% du PIB contre respectivement 5,96% et 1,57% en 2005. Ce budget, en dépit de la légère amélioration demeure insuffisant. Par habitant, il s'élève à 2 805 FCFA ou environ 6 \$ US.

Les performances en terme d'exécution des crédits alloués au Ministère de la santé (85,04%) montrent qu'un effort est entrain d'être fait en matière de libération des crédits et d'allègement du circuit de la dépense publique, effort qui doit être poursuivi afin d'aboutir à une consommation effective des allocations budgétaires, indicateur pertinent d'une meilleure gestion financière et condition nécessaire à la mise en œuvre des différents programmes de développement économique et social.

La répartition par niveau des dépenses indique que le niveau central continue d'assumer une grande partie de la gestion des fonds du secteur (88% en 2006). Cependant, une analyse beaucoup plus approfondie, c'est-à-dire excluant les dépenses salariales et les autres dépenses communes (l'eau, l'électricité, le téléphone, les médicaments, les vaccins) montre que la part de l'administration centrale pour son fonctionnement n'a représenté en 2006 que 5,77% des dépenses totales de fonctionnement pour la santé.

L'analyse de la dépense publique globale par source de financement montre que le secteur de la santé repose beaucoup sur l'extérieur pour son financement. En 2006, plus de 60% des dépenses publiques de santé ont été financées par l'appui extérieur. Ce qui met ainsi en évidence l'extrême vulnérabilité du système de financement de la santé. Il est à remarquer que la contribution des collectivités au financement du secteur de la santé est très marginale (0,05%) malgré le rôle prépondérant que devraient jouer ces dernières dans la promotion du développement local global avec l'avènement de la décentralisation.

En somme, l'analyse des dépenses publiques de santé fait ressortir les constats suivants :

- Une insuffisante allocation budgétaire de l'Etat au secteur de la santé (7,82% du budget général en 2006) ;
- Un appui extérieur prépondérant dans le financement des dépenses de santé (60% en 2006) ;

- Une faible dépense publique par habitant (9,6 \$ US).

Par ailleurs, l'analyse montre qu'il n'y a pas d'équité dans la répartition des dépenses de santé. Le niveau central continue de gérer plus de 88% des ressources du secteur.

Eu égard à cette situation du secteur et afin d'y remédier et d'accroître ses performances, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

A l'endroit du MSP

- L'amélioration de la disponibilité des ressources humaines dans le pays en particulier les spécialistes cliniciens en privilégiant la formation dans les filières médicales et paramédicales et en limitant celle à caractère administratif au strict nécessaire ;
- L'amélioration du système de gestion des ressources humaines ;
- L'allocation conséquente des ressources aux régions et districts sanitaires sur la base des besoins exprimés dans les PDSO et PDSR ;
- La responsabilisation des régions et districts dans la gestion des ressources nécessaires à la mise en œuvre de leurs plans de développement conformément aux principes de la gestion basée sur les résultats ;
- Le renforcement du système de financement solidaire de la santé particulièrement les mutuelles en vue d'améliorer l'accès des populations aux services.

A l'endroit du Gouvernement

- Autoriser le recrutement du personnel spécialisé de la santé
- Allouer les ressources budgétaires à la santé sur la base de son cadre de dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT) ;
- Poursuivre l'amélioration du système de libération des crédits et du circuit de la dépense publique ;
- Promouvoir des mécanismes alternatifs de financement du système de santé notamment le système d'assurance maladie.

INTRODUCTION

Au Niger, pour faire face aux problèmes économiques et sociaux du pays, plusieurs plans et programmes (plan d'urgence 1992-1994, plan quinquennal 1994-1998, programme de relance économique 1996-1998) ont été élaborés et mis en œuvre. A partir de 2000, face à la persistance du sous développement et au souci d'améliorer les conditions de vie des populations, le Gouvernement du Niger a redéfini sa politique et ses stratégies en matière de développement économique et social par l'élaboration en 2002 d'une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Les résultats de l'évaluation de la première génération de la SRP 2002-2004 montrent une certaine stabilité macroéconomique suivie d'une sensible amélioration des conditions de vie même si certaines contraintes notamment l'insuffisance de la croissance économique limitent beaucoup la portée des actions et maintient le pays dans une situation de pauvreté persistante (environ 63% de la population).

Selon les « Comptes Economiques de la Nation » rapides, édition 2006, le taux de croissance économique réel est estimé à 4,8% contre 7,2% en 2005. Malgré la faible évolution des prix observée en 2006 qui a entraîné une progression importante du PIB nominal (5,4%), le niveau de richesse créée demeure limité car en termes réels, le PIB par tête d'habitant qui n'a progressé que de 1,5% est toujours faible (177,4 \$ US).

En outre, l'économie reste encore vulnérable aux aléas climatiques, causes le plus souvent de la fluctuation du taux de croissance économique qui ne répond toujours pas à une demande sociale en augmentation. Même si le taux de croissance économique (4,8%) est légèrement supérieur à celui de la croissance démographique (3,3% en 2001), il demeure insuffisant pour réduire significativement la pauvreté et permettre la réalisation de progrès appréciables vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015.

C'est dans ce contexte caractérisé par la persistance de contre performances économiques et des initiatives au niveau international de réduction de la pauvreté à travers la réalisation des OMD, que s'opère le financement du système national de santé.

Face à ces difficultés économiques, le Niger a défini une nouvelle génération de SRP 2008-2012 avec la volonté de relancer la croissance (8,7% en moyenne par an) et de converger vers l'atteinte des OMD. Cette Stratégie prévoit pour les secteurs prioritaires comprenant la santé un programme de dépenses publiques visant à augmenter leur part relative dans le budget de l'Etat à travers une esquisse de cadre de dépenses à moyen terme tout en retenant la gestion rigoureuse et efficace des finances publiques comme instrument essentiel pour l'atteinte des objectifs visés.

C'est dans ce cadre que se place la préparation de ce rapport de revue des dépenses publiques de santé. En dehors de la partie introductive, ce rapport est composé de trois chapitres :

- le chapitre 1 traite de la situation sanitaire du pays. Il fait un rappel de la politique de santé, du cadre institutionnel et tente de décrire les capacités du système à répondre à la demande des soins ;
- Le chapitre 2 présente le profil épidémiologique du pays et le niveau actuel des indicateurs de santé ;
- Le chapitre 3 porte sur le financement du secteur en terme d'allocation de ressources et de dépenses réalisées.

Enfin, une conclusion est faite et des recommandations sont dégagées.

Chapitre I : Analyse de la situation sanitaire

1.1. Politique et cadre institutionnel

L'amélioration de l'état de santé et du bien-être social des populations nigériennes est une constante de tous les actes fondamentaux du pays. Les différentes constitutions font de la santé un droit pour tout citoyen nigérien. La consécration du droit à la santé pour tous est également rendue effective par l'adhésion du Niger à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Sur la base de ces principes juridiques fondamentaux en matière de santé, tous les gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance se sont investi dans la recherche des voies et moyens pour le développement du secteur sanitaire. Toutes les politiques et tous les plans de développement élaborés avaient pour objectif principal l'amélioration de la santé de la population en visant l'accès de tous à des soins de qualité. Plusieurs expériences d'amélioration de la couverture sanitaire et partant de l'accessibilité des populations aux soins de santé ont été menées. En effet, jusqu'en 1995, en dehors du réseau des formations sanitaires fixes, le système de santé utilisait des équipes mobiles et des agents de santé villageois (ASV) et apportait ainsi des soins de proximité aux populations. Cependant, cette approche sera abandonnée suite aux résultats timides obtenus relativement aux ressources et à l'énergie dépensées. En outre, il s'est avéré une insuffisance de capacités institutionnelles tant au niveau stratégique, technique qu'opérationnel, pour promouvoir la pérennité des services décentralisés de santé dans le cadre de la mise en œuvre de l'auto-encadrement sanitaire. Il a été ainsi engagé un processus de renforcement des capacités institutionnelles du ministère qui a abouti à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une déclaration de politique sectorielle et d'une politique pharmaceutique nationale adoptées en 1995 ainsi que d'un plan de développement sanitaire 1994-2000. A travers ces outils de politique et de stratégies l'objectif principal visé était l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Ce qui a impliqué le développement d'activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire.

Cependant, les difficultés financières et les multiples problèmes de gestion des finances publiques n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés. Le gouvernement a ainsi élaboré et adopté une nouvelle politique sanitaire en mai 2002 ainsi qu'un document d'Orientations Stratégiques 2002-2011 et un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010.

Le Plan Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 qui est la traduction en opérations stratégiques de la politique de santé, constitue le cadre devant permettre de mettre en place les conditions nécessaires pour améliorer l'état de santé des populations. Ce plan traduit sur un plan pratique les axes prioritaires, les conditions essentielles à accomplir pour accroître l'efficacité du système national de santé et résoudre les principaux problèmes de santé. L'objectif général visé est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. A cet objectif s'ajoutent des mesures complémentaires pour améliorer l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles à savoir : (i) augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité; (ii) renforcer les activités de santé de la reproduction, le processus de décentralisation dans le secteur de la santé ainsi que les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP; (iii) accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ; l'efficacité et l'efficacité de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mise à la disposition des services de santé ainsi que la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires et (iv) pallier l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;

A fin de réaliser ces mesures le PDS 2005-2010 a dégagé huit programmes majeurs qui sont :

Programme 1 : L'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité financière à des services de santé et le renforcement de la lutte contre les maladies

Programme 2 : La santé de la reproduction

Programme 3 : Le renforcement de la décentralisation

Programme 4 : La participation communautaire

Programme 5 : Les capacités de gestion et les compétences institutionnelles

Programme 6 : La gestion stratégique des ressources humaines

Programme 7 : La gestion des ressources matérielles

Programme 8 : La disponibilité des médicaments et consommables

Ce cadre politique de l'intervention sanitaire dans le pays repose sur un cadre organisationnel qui ouvre la voie au renforcement de la décentralisation et de la participation des communautés à la gestion des actions de santé. En effet, l'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif. Il s'agit d'un système pyramidal comprenant trois niveaux :

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

Ce cadre institutionnel favorable à la responsabilisation des acteurs locaux a permis le développement d'un processus de planification décentralisé. Ainsi, depuis 2007, Chaque district sanitaire dispose de son plan de développement sanitaire conformément aux orientations du PDS. Ces plans sont traduits pour chaque région en plan régional de développement sanitaire dont la mise en œuvre repose sur un processus participatif de planification annuelle détaillée et participative. Le tableau ci-dessous donne les structures de mise en œuvre des politiques et stratégies par niveau.

Tableau n°1 : Structures de mise en œuvre des politiques et stratégies par niveau

| Niveau administratif | Structures administratives de santé | | Structures des soins |
|----------------------|--|---------------------------|---|
| Central | Ministère de la Santé Publique | Directions générales (2) | |
| | | Directions centrales (13) | Hôpitaux nationaux (3) |
| | | | Centres spécialisés (6) |
| | | Ecoles/Instituts (3) | |
| Région | Directions régionales de la Santé Publique (8) | | Centres hospitaliers régionaux (6) |
| Département | Districts Sanitaires (42) | | Cabinet dentaire (1) |
| | | | Hôpitaux de districts (24) avec plateau technique |
| Village | | | Centres de Santé Intégrés (643) |
| | | | Cases de santé (2 509) dont 2049 fonctionnelles |

Les structures sanitaires publiques gérées par d'autres Ministères

En dehors des structures gérées par le Ministère en charge de la Santé Publique, d'autres formations sanitaires contribuent également à l'offre de soins de santé à la population. Il s'agit de celles de la Présidence de la République, de l'Assemblée Nationale et des Ministères de la Défense Nationale, de la Justice, des Affaires Etrangères, de l'Equipeement et de la Fonction Publique avec sept (7) centres socio sanitaires que gère la CNSS.

Les structures sanitaires du secteur privé

A côté de ces infrastructures sanitaires publiques existe le secteur privé qui contribue aussi à la production des soins. Ce secteur principalement orienté vers les activités curatives, se développe dans l'ensemble de façon parallèle à la politique nationale de développement sanitaire. Son implantation tient compte non seulement de la demande des populations mais surtout de leur capacité à payer les soins. De ce fait, il est prépondérant en milieu urbain où la demande est relativement solvable. Selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger, édition 2006, ces dernières années, on assiste à une sensible amélioration de son implantation qui déborde de plus en plus la capitale pour gagner les autres villes du pays. En 2006, Niamey dispose de 69,2% des cliniques et polycliniques contre 77,4% en 2005.

En outre, la problématique majeure relative à ce secteur demeure également sa faible supervision par le secteur public, ce qui ne permet pas de faire une estimation fiable de sa contribution à l'offre des soins et de la capacité globale du système à satisfaire les besoins en soins de santé de la population. C'est pourquoi, il s'avère indispensable dans le cadre des réformes préconisées dans le PDS, de développer des actions pertinentes et efficaces en direction de ce secteur pour une meilleure appréciation et organisation de sa contribution à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

1.2. L'offre de soins par le système de santé

L'amélioration de l'état de santé et du bien-être social des populations nigériennes demeure l'une des préoccupations majeures de tous les gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance du pays. L'accès de tous à des soins de qualité est le maître mot de toutes les politiques même si au début les soins étaient essentiellement curatifs et prépondérants en milieu

urbain. Par la suite l'approche a véritablement évolué et la Politique Nationale de Santé met beaucoup plus l'accent sur les Soins de Santé Primaires à travers le développement d'activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux Soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire.

Depuis lors, des progrès appréciables ont été réalisés mais pas à la hauteur des espérances principalement à cause de la difficile situation économique que traverse le pays et qui n'est pas favorable à un développement sanitaire appréciable. En effet, les indicateurs actuels de l'offre de services sanitaires montrent que des efforts restent à faire sur le plan du développement des ressources humaines, de l'extension de la couverture sanitaire et de l'équipement des formations sanitaires. En effet, comme on peut le constater sur le tableau n°2, le ratio médecin/habitants indique un écart non négligeable par rapport à la norme recommandée par l'OMS. Toutefois, on peut constater une tendance à l'amélioration du ratio (1 médecin/33 933 habitants en 2005 contre 1 médecin/29782 habitants en 2006). Pour les autres catégories, il n'existe pas de déficit global ; et les ratios globaux sont satisfaisants par rapport aux normes de l'OMS.

Tableau n°2 : Evolution des Indicateurs d'offre de services entre 2005 et 2006

| Indicateurs | 2005 | 2006 | Normes OMS |
|--|--------|--------|------------|
| Ratio Médecin pour nombre habitants | 33 933 | 29 782 | 1/10 000 |
| Infirmier pour nombre habitants | 4 426 | 4 784 | 1/5 000 |
| Ratio Sage-femme pour nombre femmes en âge de procréer | 4 103 | 4 654 | 1/5 000 |
| Ratio Centre de santé (CSI) pour nombre habitants | 20 635 | 20 147 | 1/10 000 |

Source : ratios calculés à partir des données de la DRH/MSP

NB : Ces ratios ne tiennent pas compte du personnel oeuvrant dans les structures de santé gérées par d'autres ministères et dans le secteur privé.

Cependant, la répartition du personnel de santé sur le territoire national indique des inégalités importantes liées entre autre aux problèmes de gestion des ressources humaines au niveau du secteur de la santé. A titre illustratif, quand la Région urbaine de Niamey dispose d'une sage-femme/913 femmes en âge de procréer et d'un infirmier/1 674 habitants, certaines régions ont des ratios inférieurs aux moyennes nationales (voir tableau N°3 ci-dessous). C'est surtout la région de Tahoua qui présente le déficit le plus important en sage-femmes (1 sage-femme/14 287 femmes en âge de procréer). Concernant les infirmiers, ce sont les régions de Tahoua, Zinder, Maradi, Dosso et Tillabéri qui présentent les ratios les plus faibles et qui sont similaires à ceux des sages femmes.

Tableau n°3 : Répartition des ratios personnel de santé/habitants par région, année 2006

| Régions | Population | Médecins | ratio | Infirmiers | ratio | Sage-femmes | ratio |
|--------------|-------------------|------------|---------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| AGADEZ | 377 991 | 10 | 37 799 | 128 | 2 953 | 37 | 2 136 |
| DIFFA | 369 193 | 11 | 33 563 | 118 | 3 129 | 15 | 5 147 |
| DOSSO | 1 807 696 | 15 | 120 513 | 210 | 8 608 | 43 | 8 790 |
| MARADI | 2 682 504 | 25 | 107 300 | 331 | 8 104 | 69 | 8 129 |
| NIAMEY | 882 236 | 197 | 4 478 | 527 | 1 674 | 202 | 913 |
| TAHOUA | 2 254 797 | 23 | 98 035 | 292 | 7 722 | 33 | 14 287 |
| TILLABERI | 2 163 229 | 17 | 127 249 | 344 | 6 288 | 55 | 8 224 |
| ZINDER | 2 417 394 | 28 | 86 336 | 452 | 5 348 | 91 | 5 555 |
| Niger | 12 955 040 | 435 | 29 782 | 2708 | 4 784 | 582 | 4 654 |

Source : ratios calculés à partir des données de la DRH/MSP

En résumé les données présentées dans les tableaux n°2 et 3 ci-dessus indiquent le nécessaire recrutement de ressources humaines mais montrent également qu'un redéploiement bien pensé permettrait de corriger certains ratios et de répondre aux normes préconisées par l'OMS et la politique sanitaire nationale.

En ce qui concerne les infrastructures et les équipements, les efforts fournis demeurent encore insuffisants par rapport aux besoins. Le pays dispose d'un centre de santé intégré pour plus de 20 000 habitants. Ce ratio cache par ailleurs des disparités importantes entre les régions. Selon

les données présentées lors de la revue annuelle 2007 du PDS 2005-2010, l'accès aux centres de santé dans un rayon de 5 kilomètres varie d'environ 100% à Niamey, à 62,7% à Agadez et à 37,8% à Tahoua. En outre, les structures en charge de la production des soins spécialisés souffrent d'une insuffisance en matière d'équipement. Pour l'ensemble du pays, il n'existe que deux (2) scanners, trente cinq (35) appareils de radiologie dont trois (3) sont obsolètes, six (6) appareils de mammographie et dix sept (17) appareils d'échographie sur un besoin de cinquante quatre (54) .

***Chapitre II : Situation épidémiologique et
analyse des indicateurs de santé***

2.1. Situation épidémiologique

Au Niger, comme dans de la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara, la morbidité et la mortalité sont largement liées aux maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, selon l'annuaire des statistiques sanitaires, édition 2006, la rougeole a nettement moins sévi dans le pays par rapport aux années antérieures. En effet, 853 cas de rougeole ont été enregistrés en 2006 contre 2 587 cas en 2005 et 54 397 en 2004. Ces résultats mettent en évidence les efforts fournis en matière de vaccination au cours de ces dernières années.

Par contre la situation des autres affections demeure préoccupante. Selon toujours l'annuaire des statistiques sanitaires, édition 2006, environ 61% des décès des enfants de moins de 5 ans sont dus au paludisme et 22,4% aux IRA. L'enquête EDSN-MICS III, a montré que 31% des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'IRA et 21 % ont présenté des symptômes de diarrhées dans les deux semaines précédant l'enquête. Cette même enquête a révélé que 50% des enfants souffrent de malnutrition chronique et 30% de malnutrition sévère.

Les affections gynéco obstétricales menacent également la santé du couple mère/enfant. Les mères courent encore des nombreux risques liés à la grossesse (décès par hémorragie, ruptures utérines, infections et éclampsies). Le nombre de cas d'affections gynéco obstétricales déclarées en 2006 était de 93 618.

Il est à noter que le milieu rural souffre beaucoup plus des maladies que le milieu urbain. La prévalence de la malnutrition sévère chez l'enfant de moins de 5 ans est plus élevée en milieu rural (32,4%) qu'en milieu urbain (14,4%). Cependant, s'agissant des IRA et de la diarrhée, la différence demeure moins significative (respectivement 31% contre 28,3% et 21,5% contre 17,5%). Dans tous les cas, les écarts peuvent être expliqués en partie par les disparités dans l'offre et dans l'accès aux soins qui demeurent très manifestes principalement en matière de soins de qualité. En dépit des efforts fournis par le Programme Spécial du Président de la République pour rapprocher les services de santé des populations à travers la construction des cases de santé, les populations rurales ont toujours un accès limité aux établissements de soins de qualité compte tenu du paquet d'activités très limité que peuvent offrir les cases de santé. Par ailleurs, les données concernant la couverture de la population par les établissements de soins

comprenant les cases de santé montrent qu'environ 35% de la population totale du pays se trouve à plus de 5 kilomètres d'un établissement de soins.

La population éloignée était sensée être couverte par les stratégies avancées mises en place pour compléter la couverture par la stratégie fixe. Cependant, l'insuffisance des moyens fait que ces stratégies sont faiblement mises en œuvre et intègrent peu d'activités.

2.2. Analyse des indicateurs de santé

Le «Rapport d'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des OMD santé » produit par la DEP du MSP avec l'appui du Bureau de l'OMS au Niger, indique que les réformes opérées dans le secteur depuis le début des années 90s ont permis d'améliorer plusieurs indicateurs de santé et que, dans certains domaines, si les efforts se maintiennent le Niger pourra atteindre les objectifs du Millénaire. Il s'agit notamment de la mortalité de l'enfant qui est de plus en plus en baisse ces dernières années. En effet, selon ledit rapport qui prend sa source de l'enquête EDSN/MICS III 2006, le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 326‰ en 1990 à 198‰ en 2006 soit une baisse annuelle d'environ 9 points qui, si elle se maintient pourrait permettre au pays d'atteindre sa cible du millénaire qui se situe autour de 108,68‰.

Par contre pour d'autres domaines les efforts fournis n'ont pas permis de fléchir le niveau des indicateurs qui placent le pays dans une situation difficile par rapport au rendez-vous du millénaire. C'est principalement :

- La prévalence de la malnutrition chez les enfant de moins d cinq ans qui s'est amplifié avec la crise alimentaire de 2005. En 2006, le pourcentage d'enfants malnutris chroniques s'élevait 50% très loin de la cible du millénaire qui est de 24% ;
- La mortalité maternelle qui reste élevée depuis 1990 (7‰ à 6,48‰ en 2006) et qui indique pour le pays la nécessité et l'ampleur des efforts à fournir pour tendre vers la cible du millénaire qui est 1,75‰. Cependant, les indications qui sont fournies ces dernières années donnent de l'espoir quant à la réalisation de progrès tangibles pour le rendez-vous du millénaire. En effet, les résultats de la revue 2007 du PDS 2005-2010 montrent l'amélioration de plusieurs déterminants de la mortalité maternelle. Il est

ressorti que l'offre des soins est en progression (la couverture en structures SONUC est passé de 18 à 43%, celle en structures SONUB de 43 à 45%, le nombre de formations sanitaire pratiquant les activités foraines est passé de 68 à 74%, la rupture en MEG a diminué de 5 à 2,4% malgré le retard pris dans le remboursement des frais de la gratuité) et que l'utilisation des services s'est également améliorée (l'utilisation des soins curatifs est passée de 18% en 2006 à 30% en 2007, la couverture en CPN est passée de 36 à 86%, la prévalence contraceptive a gagné trois (3) points passant de 5 à 8,3%, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 14 à 19%, le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu un traitement intermittent contre le paludisme (TPI) a connu une hausse passant de 19% à 53%, le taux de césarienne est passé de 0,47% à 0,98% entre 2006 et 2007).

- La prévalence élevée des maladies tels que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA qui montre que des actions supplémentaires rigoureuses doivent être menées pour renverser les tendances actuelles. En 2006, sur la base des données de l'Annuaire des Statistiques Sanitaires, l'incidence du paludisme s'estime à plus de 60 cas pour 1000 habitants, la prévalence de la tuberculose à 0,06%. Quant au VIH/SIDA, l'enquête EDSN/MICS III de 2006 a estimé le taux de séroprévalence à 0,70% indiquant ainsi une certaine stabilisation de la propagation de l'infection à VIH dans le pays.

En résumé le niveau actuel des indicateurs met en évidence aussi bien des progrès prometteurs que des contraintes importantes à surmonter pour une réelle amélioration de la situation sanitaire. Ces contraintes tiennent d'un ensemble de facteurs qui peuvent être regroupés de la manière ci-après :

- Facteurs internes qui limitent la capacité du système de santé à faire face à la demande croissante des soins. En effet, environ 35% de la population vivent à plus de 5 km d'un établissement de santé et les structures en charge de la production des soins spécialisés souffrent d'une insuffisance en matière d'équipement (pour l'ensemble du pays, il n'existe que deux (2) scanners, trente cinq (35) appareils de radiologie dont trois (3) sont obsolètes, six (6) appareils de mammographie et dix sept (17) appareils d'échographie sur un besoin de cinquante quatre (54)). A cela, s'ajoute l'insuffisance chronique des

ressources humaines (en 2006, le pays dispose d'un médecin pour plus de 29 000 habitants). Par ailleurs, l'utilisation des services de santé demeure faible (en moyenne, environ 30% seulement de la population fréquentent les formations sanitaires). Cette situation suppose une mise en œuvre efficace et efficiente du Plan Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 pour améliorer l'état de santé de la population en y associant des interventions pertinentes pour un changement de comportement des ménages favorable à une meilleure utilisation des services de santé.

- Facteurs exogènes qui influencent beaucoup les résultats des actions en faveur de la santé. Les difficultés économiques et financières du pays réduisent la marge de manœuvre de l'Etat face aux multiples objectifs de développement et ayant pour conséquence l'insuffisance chronique des ressources étatiques allouées à la santé. Ces difficultés ayant pour causes entre autres les conditions climatiques défavorables qui affectent gravement le développement agro-sylvo-pastoral et le système de production agricole incapable de réduire le déficit alimentaire. Tout cela, entraîne un niveau élevé de pauvreté des ménages dans un contexte de politique de recouvrement partiel des coûts des soins limitant ainsi l'accès des plus pauvres aux services. C'est pourquoi le Gouvernement vient de rendre gratuits certains types de soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Par ailleurs, les conditions de vie précaires et le comportement des populations les exposent davantage aux maladies. En effet, les conditions d'hygiène demeurent mauvaises (environ 78% des ménages ne disposent pas de latrines. En plus, les faibles taux de scolarisation (52,4%) et d'alphabétisation (environ 20%) constituent des obstacles majeurs à la promotion du développement sanitaire.

Encadré : Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé

Éliminer l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1) dont la cible est la réduction de moitié, entre 1990 et 2015 les proportions de la population qui souffre de la faim et l'indicateur pour la santé est la prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) qui a pour cible la réduction de 2/3, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5ans

Améliorer la santé maternelle (OMD 5) qui pour cible réduire de 3/4, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Combattre le VIH/ Sida, le Paludisme et d'autres maladies (OMD 6) avec pour cibles d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et avoir commencé à inverser les tendances

Assurer un environnement durable (OMD 7) dont la cible pour la santé est réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement

Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (OMD 8) dont la cible pour la santé est de rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique

***Chapitre III : Financement public du secteur de
la santé***

Le schéma de financement de tout système de santé comporte de deux (2) principaux types de source de financement : les sources publiques et les sources privées. Le présent rapport porte sur les dépenses en rapport avec les sources publiques qui sont (i) l'Etat et ses démembrements, (ii) les collectivités locales, (iii) les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), (iv) les ONGs et Associations. L'information sur les dépenses faites par certains partenaires a été obtenue à travers les états consolidés d'exécution du budget du MSP principalement ceux dont les contributions au financement de la santé sont inscrites dans ce budget. L'analyse des dépenses se fera donc sous deux (2) angles : une analyse portant sur les dépenses à travers le budget du MSP pour lesquelles les informations sont disponibles pour une période relativement longue et une autre analyse sur les dépenses hors budget MSP c'est-à-dire relatives aux interventions à gestion directe des PTFs pour lesquelles les informations sont plus ou moins partielles et ne sont disponibles que sur deux ans (2005 et 2006). La sommation des deux (2) types de dépense donnera le niveau global de la dépense publique.

3.1. Budget du MSP

3.1.1. Niveau du budget du MSP

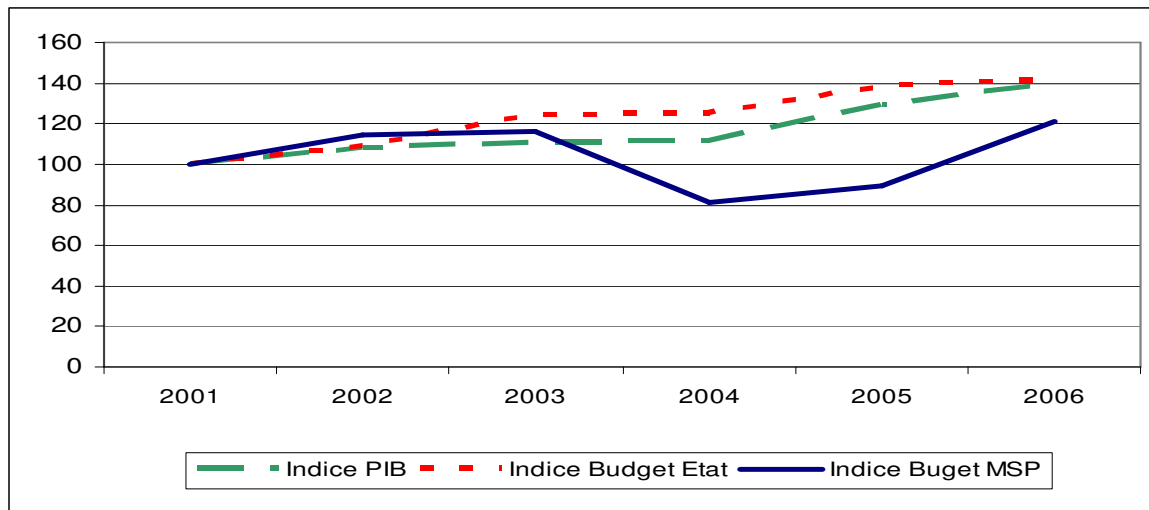
Le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé s'élevait à 36,3 milliards de FCFA en 2006 et représentait 7,82% du budget général de l'Etat et 1,95% du PIB contre respectivement 5,96% et 1,57% en 2005. Ce budget en dépit de la légère amélioration demeure insuffisant. Par habitant, et par an, ce budget équivaut à 2850 FCFA soit environ 6 \$ US.

3.1.2. Evolution du Budget du MSP

La santé est l'un des secteurs sociaux considérés dans la politique de développement économique et social du pays comme secteurs dont le développement permet d'atteindre les objectifs de développement économique et de réduction de la pauvreté du pays. La prise en compte de cette option politique devrait permettre au secteur de la santé d'être parmi les secteurs les mieux financés. Cependant, la situation économique difficile que connaît le pays n'est pas de nature à favoriser une mobilisation suffisante des ressources internes en vue d'accroître les performances du secteur. Ces problèmes entravent le bon fonctionnement de l'ensemble des formations sanitaires à cause de l'insuffisance des ressources qui leur sont allouées face aux

besoins de plus en plus croissants. En effet, malgré l'accroissement important de la population et donc des besoins en soins curatifs et préventifs, l'évolution du budget du secteur de la santé ne suit pas celle du PIB et celle du budget général de l'Etat. Même si en 2006, on assiste à une sensible amélioration des ressources budgétaires allouées à la santé par rapport à 2005, le secteur de la santé continue toujours de bénéficier de dotations budgétaires dont l'évolution est faible par rapport à celle du budget général de l'Etat et celle du PIB. Le graphique n°1 ci-dessous indique les différences significatives qui existent entre les évolutions respectives des indices des trois variables. Depuis 2003 la courbe relative à l'indice du budget de la santé évolue en dessous des autres courbes d'indice mettant en évidence la faible évolution du budget de la santé par rapport au budget général de l'Etat et au PIB. Cette situation montre à quel point le système de financement du secteur demeure vulnérable et très préoccupant eu égard aux objectifs définis dans le PDS 2005-2010 et au rendez-vous du millénaire.

Graphique 1 : Evolution du budget du Ministère de la Santé Publique, 2001-2006



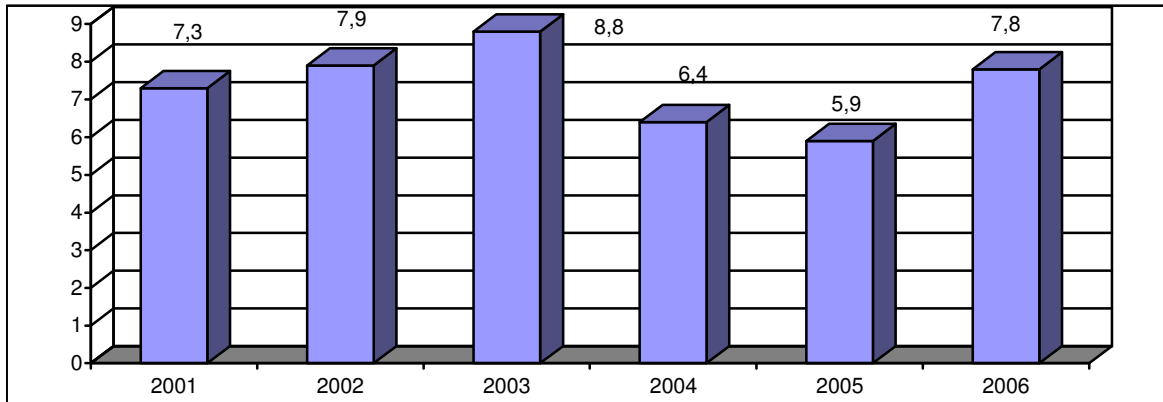
L'analyse en terme de part relative des ressources budgétaires allouées à la santé dans le budget général de l'Etat montre une sensible amélioration de la situation. En effet, on constate une reprise à la hausse de la part du budget de la santé dans celui de l'Etat en 2006 (7,8% contre 5,9% en 2005) qu'on pourrait qualifier d'un début de tendance vers la satisfaction de la recommandation de l'OMS qui préconise 10% du budget de l'Etat pour la santé et des engagements pris par les chefs d'Etat et de Gouvernement africains à Abuja (Nigéria) lors du

sommet sur le paludisme, le SIDA, la tuberculose et les autres infections connexes de consacrer 15% de leurs budgets à la santé. Toutefois, si cette reprise à la hausse de la part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat est de bonne augure, force est de constater que l'effort fourni demeure pour le moment insuffisant face à l'importance des ressources financières que requiert la mise en œuvre du PDS 2005-2010 (environ 260 milliards FCFA sur la période du plan non compris les besoins financiers pour le fonctionnement des services pour lequel l'Etat alloue annuellement environ 20 milliards FCFA).

Quant à l'analyse de la structure du budget, elle indique un budget d'investissement qui a pris de l'importance par rapport à l'année 2005 (environ 40% contre 28,41% en 2005). Ce qui semble contraire dans une certaine mesure à l'option énoncée dans le PDS 2005-2010 qui veut que l'accent soit mis sur l'amélioration du fonctionnement de l'existant ; qu'il y ait ainsi plus de l'investissement de maintien que d'extension. Cette situation peut être expliquée en partie par les interventions effectuées à travers le Programme Spécial du Président de la République (31,4% du budget total investissement) dont la programmation reste insuffisamment cadrée par le PDS 2005-2010. Toutefois, il faut noter que la structure du budget ne donne pas suffisamment d'informations. En effet, le budget d'investissement est en grande partie (57%) supporté par l'appui extérieur portant beaucoup plus sur les programmes qui en réalité comportent des dépenses de fonctionnement. Une analyse plus fine permettrait de distinguer que les ressources consacrées au fonctionnement des services priment largement sur celles consacrées à l'investissement.

Par ailleurs un autre disfonctionnement de l'allocation budgétaire est la faiblesse des ressources pour la maintenance et la réparation (environ 6% du budget de fonctionnement et 8,4% de celui d'investissement) qui laisse entrevoir des difficultés d'assurer la charge récurrente des infrastructures, de la logistique et des équipements médico-techniques.

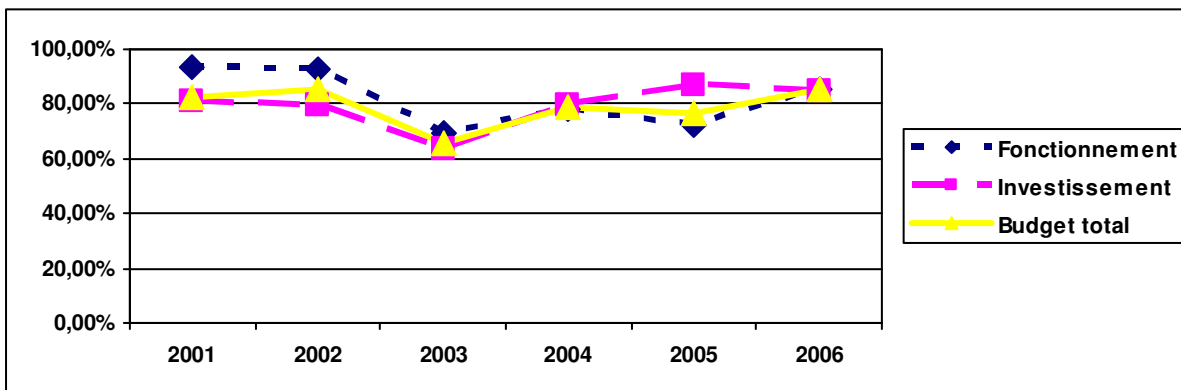
Graphique 2 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat, 2001-2006



3.1.3. Niveau d'exécution des crédits alloués par l'Etat au Ministère de la santé

En 2006, l'analyse de l'exécution des crédits alloués au Ministère de la santé met en évidence une amélioration significative de la situation par rapport aux années antérieures. On note une hausse du taux d'exécution du budget dans son ensemble (85,04% en 2006 contre 76,65% en 2005). Toutes les catégories budgétaires sont exécutées quasiment dans les mêmes proportions (85,28% pour le fonctionnement et 84,79% pour l'investissement). Ce qui signifie qu'un effort est entrain d'être fait en matière de libération des crédits et d'allègement du circuit de la dépense publique ; effort qui doit être poursuivi afin d'aboutir à une consommation effective des allocations budgétaires, indicateur pertinent d'une meilleure gestion financière et condition nécessaire à la mise en œuvre des différents programmes de développement.

Graphique 3 : Evolution du taux d'exécution du budget, 2001-2006

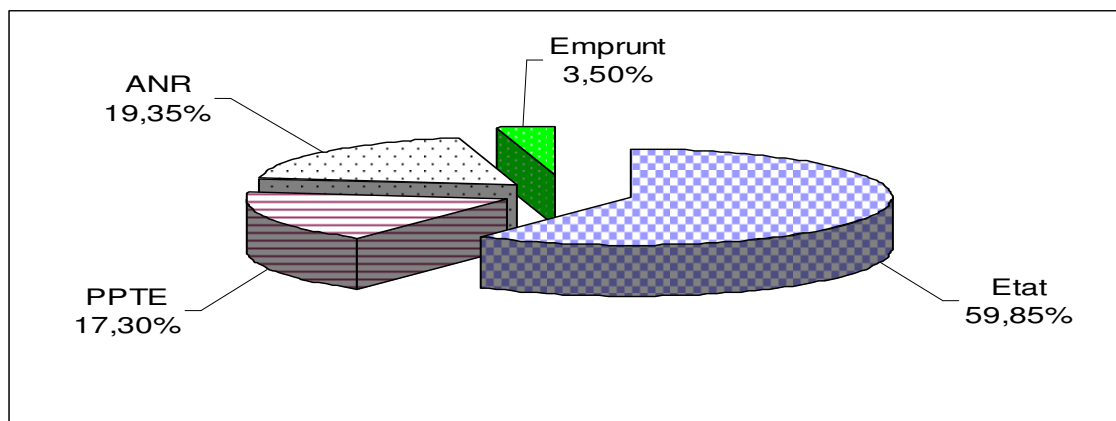


3.1.4. Sources de financement du Budget du Ministère de la santé

L'étude de la répartition du budget du Ministère de la santé par source de financement montre que les allocations budgétaires à la santé dans la Loi des Finances proviennent pour l'essentiel des ressources propres de l'Etat. En 2006, en incluant les ressources PPTE (17,30% des dépenses) 77,15% des dépenses du Ministère ont été financées par le Trésor national (voir le graphique n°4 ci-dessous). L'Etat assure particulièrement le financement des dépenses de fonctionnement qui comportent également des ressources PPTE (4,78% du total des dépenses de fonctionnement).

L'appui extérieur (inscrit dans la Loi des Finances) au financement des dépenses du Ministère a représenté 22,85% (Aide Non Remboursable =ANR 19,35% et Emprunt 3,50%) du total des financements publics en 2006. En termes de dépenses d'investissements, le financement extérieur vient en tête. Les investissements ont été financés en 2006 à hauteur de 56,83% par l'extérieur et 43,37% par l'Etat y compris les ressources PPTE. On remarque une hausse de la part de l'Etat par rapport aux années antérieures. En effet, elle était en moyenne de 24,83% entre 2004 et 2005. Cela traduit un accroissement de l'effort de l'Etat au financement des investissements principalement à travers le Programme Spécial du Président de la République marquant ainsi la volonté de l'Etat à atteindre les objectifs visés à travers la Stratégie de Réduction de la pauvreté (SRP) qui fait de la santé l'un des secteurs sociaux prioritaires.

Graphique 4 : Répartition des dépenses du Ministère de la Santé par source de financement, année 2006

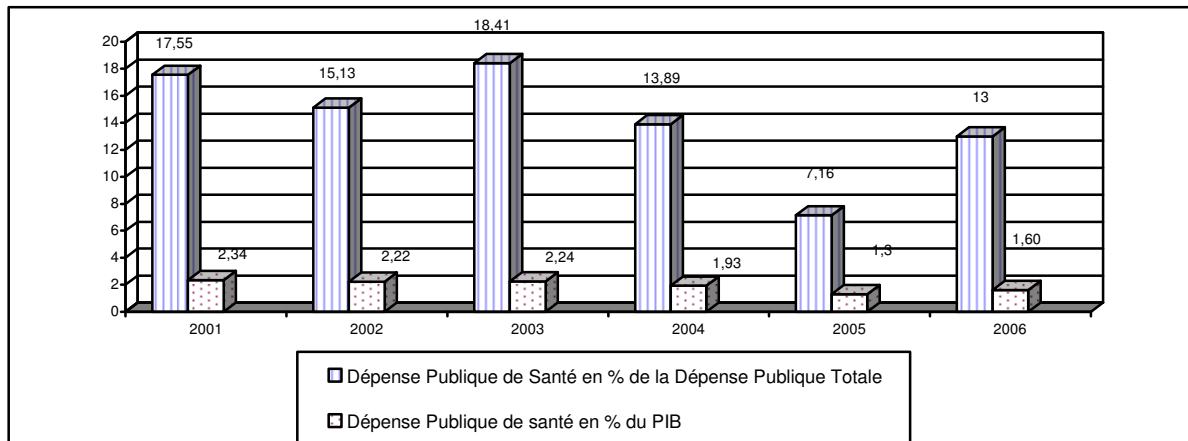


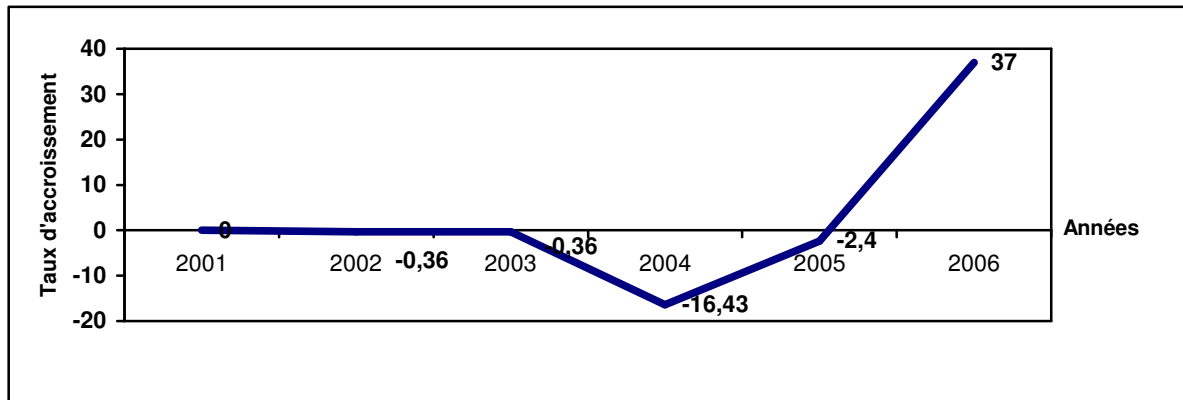
Les ANR indiquées sur le graphique sont les appuis de l’OMS représentant 66,91% du financement extérieur, de la Coopération Technique Belge 14,44% et de l’Union Européenne 3,25%. L’emprunt qui représente 15,40% de l’appui extérieur est celui contracté par l’Etat auprès de la BAD dans le cadre du projet santé II.

3.1.5. Evolution de la dépense publique de santé (budget du MSP)

Le Graphique ci-dessous indique le poids de la dépense publique de santé par rapport à la dépense publique totale de l’Etat et au PIB. En moyenne sur la période 2001-2006, cette dépense a représenté 14,18% de la dépense publique totale de l’Etat et environ 2% du PIB. Cependant, à partir de 2003 elle a amorcé une chute pour tomber à 7,16% en 2005 et une reprise à la hausse est observée en 2006 représentant une augmentation d’environ 82% du niveau de 2005. Si la tendance à l’accroissement des ressources consacrées à la santé par l’Etat se maintient, on peut espérer progresser vers la réalisation des objectifs sectoriels et apporter progressivement de réponses à la demande croissante de soins engendrée par le rythme important de l’accroissement démographique (3,3%). Toutefois, à ce niveau de dépense, il ne s’agit que d’une hausse virtuelle car la dépense publique de santé par habitant et par an s’estime à environ 2 423 FCFA soit environ 6 dollars US avec 1 dollar = 413 FCFA. Ce qui est loin du niveau de dépense de santé préconisé par « Better Health For Africa » soit 13 dollars US et par la commission macroéconomique de l’OMS en 2001 qui est de 34 dollars US pour des interventions essentielles en santé.

Graphique 5 : Evolution de la dépense publique en % de la dépense publique totale de l’Etat et du PIB, 2001-2006



Graphique 6 : Evolution de la dépense publique de santé par habitant, 2001-2006

3.1.6. Répartition économique de la dépense publique de santé (budget du MSP)

L'analyse de la répartition économique des dépenses publiques de santé à travers le budget du MSP sur la période 2001-2006, indique en 2006 que le programme des dépenses est globalement conforme à la politique actuelle de développement sanitaire dont l'orientation principale est d'améliorer l'efficacité et la qualité du système de santé en mettant en état de meilleur fonctionnement les potentialités existantes. En effet, il est à remarquer une augmentation des dépenses de fonctionnement qui sont passées de 15,08 milliards en 2005 à 18,43 milliards en 2006.

L'analyse fait ressortir également des déséquilibres importants qui caractérisent la répartition économique des dépenses entre salaires, fonctionnement hors salaires, médicaments et vaccins et subventions aux EPA. Les dépenses en salaires sont demeurées importantes et ont accusé une hausse entre 2005 et 2006 en passant de 34,61% à 36,52%. Ceci peut signifier une compensation des départs à la retraite ou être le résultat de l'augmentation de 10% des salaires.

Tableau 4: Evolution des dépenses publiques de santé par catégorie économique de 2001 à 2006 (en millions de FCFA)

| Catégories | 2001 | Part% | 2002 | Part% | 2003 | Part% | 2004 | Part% | 2005 | Part% | 2006 | Part% |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Total | 31 119 | 100,00 | 32 030 | 100,00 | 32 974 | 100,00 | 28 466 | 100,00 | 22 270 | 100,00 | 30 906 | 100,00 |
| Investissement | 13 492 | 43,36 | 12 743 | 39,78 | 21 532 | 65,30 | 14 991 | 52,66 | 7 190 | 47,63 | 12 470 | 40,35 |
| Fonctionnement | 17 627 | 56,64 | 19 287 | 60,22 | 11 442 | 34,70 | 13 475 | 47,34 | 15 080 | 52,37 | 18 436 | 59,65 |
| Salaires | 4 508 | 25,57 | 4 655 | 24,13 | 4 686 | 40,95 | 4 899 | 36,36 | 5 219 | 34,61 | 6 733 | 36,52 |
| Fonctionnement hors Salaires, médicaments et vaccins | 9 128 | 51,78 | 10 016 | 51,93 | 2 736 | 23,91 | 4 021 | 29,84 | 4 951 | 32,83 | 6 826 | 37,03 |
| Médicaments et vaccins | 500 | 2,84 | 979 | 5,07 | 230 | 2,01 | 743 | 5,51 | 765 | 5,07 | 1 075 | 5,83 |
| Subventions EPA | 3 491 | 19,80 | 3 637 | 18,86 | 3 790 | 33,12 | 3 812 | 28,29 | 4 145 | 27,49 | 3 802 | 20,62 |

Sources : Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat 2001-2006

Quant au fonctionnement hors salaires, il a connu un accroissement en 2006 en absorbant 37,03% des ressources totales de fonctionnement contre 32,83% en 2005. Ce qui cadre avec l'option politique de mettre l'accent sur l'amélioration du fonctionnement des services. Cependant, la part des dépenses de médicaments et vaccins reste faible et quasi stagnante (5,07% en 2005 et 5,83% en 2006). Ceci, parce que les dépenses de médicaments notamment en milieu périphérique sont supportées par le système de recouvrement partiel des coûts des soins de santé. En plus, en matière de vaccins, on constate une baisse de l'effort de l'Etat par rapport à l'année 2005 (3,85% contre 2,24% des dépenses totales de fonctionnement). Ce qui doit attirer l'attention des décideurs à un moment où la tendance au niveau mondial est que les pays en développement prennent progressivement en charge le financement de leurs programmes de vaccination.

3.2. Dépense publique globale de santé

L'analyse précédente portait uniquement sur le budget du MSP. Elle n'a pas pris en compte les interventions à gestion directe des partenaires techniques et financiers (PTFs), les dépenses des collectivités locales et des ONGs/Associations. La prise en compte de ces sources de

financement porte la dépense publique de santé à 53,6 milliards de FCFA en 2005 et à 62,3 milliards de FCFA en 2006.

Tableau n°5 : Dépense publique de santé par source de financement

| Sources de financement | 2005 | % | 2006 | % |
|------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Etat | 16 506 734 197 | 30,32% | 24 323 795 715 | 38,99% |
| PTFs | 36 942 276 448 | 67,87% | 37 778 689 701 | 60,55% |
| ONGs nationales | 85 178 257 | 0,16% | 256 319 546 | 0,41% |
| Collectivités locales | 76 287 480 | 0,14% | 32 021 512 | 0,05% |
| Total | 53 610 476 382 | 100,00% | 62 390 826 474 | 100,00% |

Par tête d'habitant, cette dépense équivaut à 4 819,77 FCFA soit 11,6 \$ US (avec 1 \$ = 413 FCFA), ce qui est largement en deçà du minimum requis préconisé par l'OMS pour une offre des services de santé répondant aux besoins de la population. En effet, en 2001 la commission macroéconomique de l'OMS estimait à 34 \$ US la dépense par habitant et par an pour des interventions essentielles en santé. Ceci traduit le sous financement du secteur de la santé malgré qu'il fasse partie des priorités nationales. En outre, le secteur de la santé repose beaucoup sur l'aide extérieure pour son financement. En 2006, plus de 60% des dépenses publiques de santé ont été financées par l'appui extérieur. Ce qui met ainsi en évidence l'extrême vulnérabilité du système de financement de la santé.

Il est à remarquer que la contribution des collectivités au financement du secteur de la santé est très marginale (0,05%) malgré le rôle prépondérant que devraient jouer ces dernières dans la promotion du développement local global avec l'avènement de la décentralisation.

3.2.1. Répartition de la dépense publique par niveau

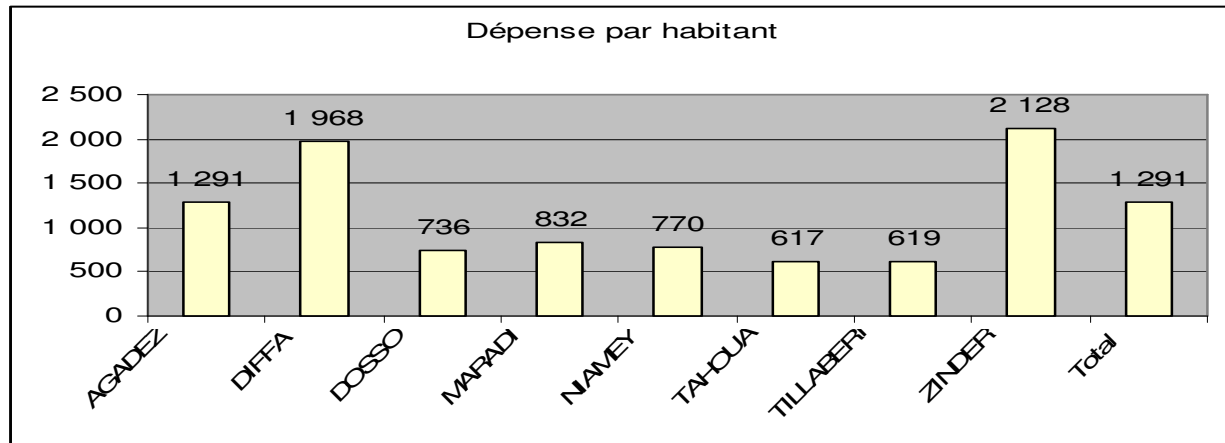
Si on ne considère que les ressources étatiques pour le fonctionnement des services et qu'on isole les dépenses des prestations telles que la masse salariale, l'eau, l'électricité, le téléphone et les médicaments et vaccins, etc. qui constituent des dépenses communes, le niveau régional et périphérique bénéficie de 11,82% des dépenses de fonctionnement et l'administration centrale sans les EPAS de 5,77%. La part des EPAS représente 23,38% du total des dépenses de

fonctionnement (voir annexes tableau 2). Mais, l'analyse en termes de gestion permet de constater que la part du niveau central y compris les EPAS représente plus de 88% de l'ensemble des ressources pour le fonctionnement des services de santé. C'est dire que le niveau central continue d'assumer une grande partie de la gestion des fonds du secteur.

Cependant, la prise en compte des dépenses directes des PTFs, des ONGs/Associations et des Collectivités locales montre que c'est particulièrement le niveau régional et périphérique qui bénéficie des ressources du secteur de la santé (64,51% contre 35,49% pour le niveau central). Pourtant, même dans ce cas, les régions et les districts ne gèrent qu'une partie des ressources qu'ils reçoivent. En effet, sur la base des données collectées sur le terrain, les dépenses publiques au niveau régional et périphérique s'estiment à environ 11 milliards de FCFA contre 38 milliards sur la base des informations fournies par les sources de financement (PTFs et ONGs). C'est dire que les régions et les districts en tant que centres de coûts sont très peu responsables de la gestion des ressources malgré l'engagement à l'approche de la gestion basée sur les résultats qui doit aller de pair avec la responsabilisation, la transparence et l'imputabilité dans la gestion publique. Ces derniers ne disposent pas également d'un système comptable solide permettant de capturer et d'archiver l'information afin qu'elle soit utilisée pour mieux éclairer les prises de décision.

En outre, l'examen de la répartition des dépenses entre les régions montre une dépense publique moyenne par habitant dans l'ensemble faible (1 291 FCFA, environ 3 \$ US). Cette dépense publique par habitant cache également des disparités importantes. Au moment où les régions de Zinder et de Diffa présentent respectivement des dépenses de 2 128 FCFA et 1 968 FCFA, les autres régions en dehors d'Agadez, dépensent en deçà de la moyenne régionale. La dépense publique par habitant a été en 2006 particulièrement faible à Tahoua et Tillabéri (respectivement 617 FCFA et 619 FCFA). Cette situation montre l'inéquité de la dépense publique de santé malgré tous les instruments développés dont le PDS 2005-2010 et les plans d'action annuels pour mieux orienter les interventions dans le secteur. Elle indique également qu'il est nécessaire que l'allocation intègre un meilleur système de répartition prenant en compte des critères tels que la gravité des problèmes de santé, les infrastructures et équipements, les spécificités régionales, etc.

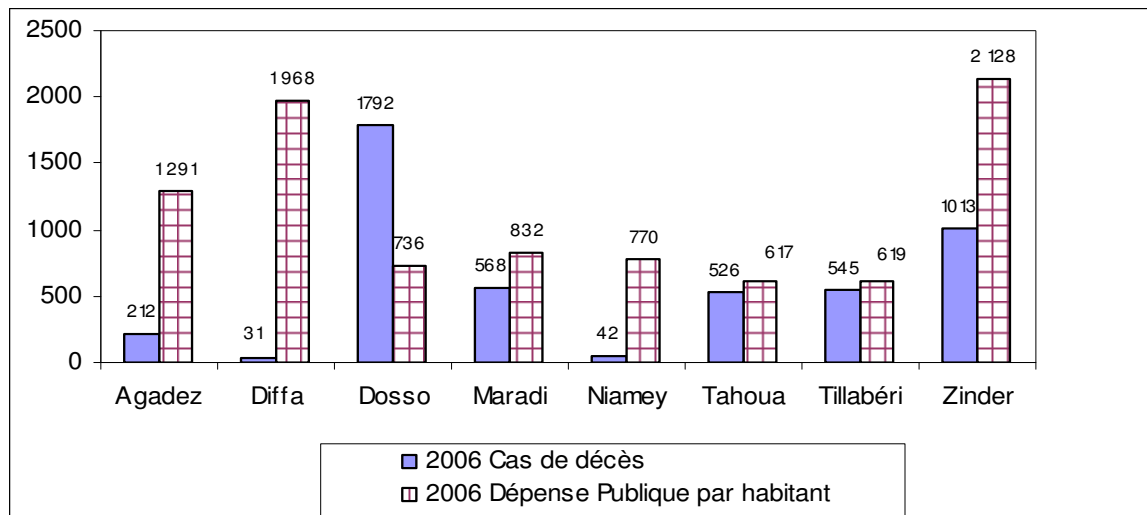
Graphique 7 : Répartition de la dépense publique de santé per capita par région, année 2006



3.2.2. Dépenses publiques de santé en relation avec la mortalité générale dans les formations sanitaires périphériques

La présente analyse porte sur les cas de décès enregistrés dans les formations sanitaires périphériques et indiqués dans «l'Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger », édition 2006. L'examen des cas de décès n'indique pas une corrélation entre la mortalité générale et la dépense publique de santé par habitant. Même si Diffa s'approche de cette hypothèse, les autres régions s'en écartent significativement. C'est particulièrement le cas de Zinder qui malgré une dépense publique de santé par habitant relativement élevée, présente tout de même un niveau de mortalité élevé (1013 cas de décès). En somme, le graphique ci-dessous, indique dans l'ensemble une mortalité élevée dans les formations sanitaires dans un contexte de faible niveau de dépense publique de santé. Toutefois, le cas de Dosso mérite de se poser des questions sur les causes du niveau élevé de mortalité (1 792 cas de décès) avec une dépense publique qui s'approche des régions de Maradi, Niamey, Tillabéri et Tahoua. Les cas de décès sont dus à plus de 65% au paludisme. Ce qui indique la nécessité d'un suivi régulier de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme notamment la prise en charge dans la région de Dosso.

Graphique 8 : Dépense publique de santé par habitant au niveau des régions et cas de décès dans les formations sanitaires périphériques, année 2006



3.3. Financement privé de la santé

Le financement privé de la santé est, selon le système des comptes nationaux de santé, constitué des dépenses effectuées par les ménages, les employeurs privés, les employeurs parapublics et les associations à but non lucratif au service des ménages. Pour le moment les données sur le financement privé de la santé ne sont pas disponibles. La question du financement privé de la santé sera traitée en détail dans le cadre du processus des comptes nationaux de santé dont la réalisation de l'exercice 2005-2006 est en cours.

CONCLUSION/RECOMMENDATIONS

Au terme de la présente Revue des Dépenses Publiques 2006, il ressort que le système de santé nigérien a, malgré les résultats prometteurs obtenus en matière d'amélioration des indicateurs de santé ou de progrès vers l'atteinte de certains Objectifs du Millénaire pour le Développement, à surmonter d'importantes contraintes pour une réelle amélioration de la situation sanitaire. Ces contraintes se traduisent essentiellement par :

- une insuffisance de la capacité d'offre de soins du système de santé à laquelle s'ajoute le comportement des ménages défavorable à une meilleure utilisation des services ;
- des conditions de vie précaires et le comportement des populations qui les exposent davantage aux maladies ;
- un niveau élevé de pauvreté des ménages qui dans un contexte de politique de recouvrement partiel des coûts des soins limite l'accès des plus pauvres aux services.

En outre, l'analyse des dépenses de santé montre que les dotations budgétaires au secteur de la santé sont insuffisantes. La part du budget de la santé dans celui de l'Etat était de 7,8% en 2006 contre 15% recommandés par la Conférence d'Abuja (Nigéria). Cette faible dotation est aggravée par la non exécution d'une partie des crédits annuels. En 2006, même si l'exécution s'est relativement améliorée (85% contre 76,5% en 2005), elle reste tout de même inférieure à l'idéal qui est la consommation totale des crédits. En terme de budget par habitant et par an, le budget du Ministère de la Santé a accusé une légère hausse en passant de 2 133 FCFA en 2005 à 2 805 FCFA en 2006 soit 6 \$ US mais reste cependant insuffisant pour une offre de soins essentiels qui devrait se faire avec 13 \$ US selon « Better Health For Africa ». Cette situation témoigne de l'insuffisance des moyens de l'Etat face aux besoins de santé immenses des populations et le fait que le système de santé repose encore sur l'appui extérieur qui a permis en 2006 le financement de 60,55% des dépenses publiques totales. A cette situation s'ajoute la faible responsabilité du niveau régional et périphérique dans la gestion des dépenses publiques malgré l'engagement politique à la décentralisation des actions de santé.

Eu égard à cette situation du secteur et afin d'y remédier et d'accroître ses performances, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

A l'endroit du MSP

- L'amélioration de la disponibilité des ressources humaines dans le pays en particulier les spécialistes cliniciens en privilégiant la spécialisation dans les filières médicales et paramédicales cliniques et en limitant celle à caractère administratif au strict nécessaire ;
- L'amélioration du système de gestion des ressources humaines ;
- L'allocation conséquente des ressources aux régions et districts sanitaires sur la base des besoins exprimés dans les PDSD et PDSR ;
- La responsabilisation des régions et districts dans la gestion des ressources nécessaires à la mise en œuvre de leurs plans de développement conformément aux principes de la gestion basée sur les résultats ;
- Le renforcement du système de financement solidaire de la santé particulièrement les mutuelles en vue d'améliorer l'accès des populations aux services de santé.

A l'endroit du Gouvernement

- Autoriser le recrutement du personnel spécialisé de la santé ;
- L'allocation de ressources budgétaires à la santé sur la base de son cadre de dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT) ;
- La poursuite de l'amélioration du système de libération des crédits et du circuit de la dépense publique ;
- La promotion des mécanismes alternatifs de financement du système de santé notamment le système d'assurance maladie.

Références Bibliographiques

| | |
|----|---|
| 1 | Ministère de la Santé Publique, Annuaire des Statistiques, édition 2006 |
| 2 | Ministère de l'Economie et des Finances, Les Comptes Economiques de la Nation. Estimations 2007, Provisoires 2006, Définitifs 2004-2005 |
| 3 | Comité de Revue des Dépenses Publiques, Mission RDP 2006, Données des régions |
| 5 | Ministère de l'Economie et des Finances, Etat consolidé d'exécution financière du budget de l'Etat 2006 |
| 6 | Ministère de la Santé Publique, Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 |
| 7 | Ministère de la Santé Publique, Rapport Comptes Nationaux de Santé, Exercice 2004 |
| 8 | Ministère de la Santé Publique, Rapport Revue des Dépenses Publiques, Secteur Santé : exercice 2005 |
| 10 | Ministère de l'Economie et des Finances, Etat consolidé d'exécution financière du budget d'investissement de l'Etat 2006 |
| 11 | Ministère de l'Economie et des Finances, Rapport définitif de l'enquête EDSN/MICS III 2006 |

ANNEXES

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

Les données ont été calculées à partir des Etats Consolidés d'Exécution Financière des Budgets d'Investissements et de fonctionnement de l'Etat 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006

Tableau 1 : Evolution du budget d'investissement

| | | LF initiale | Ordonnancement | Taux exécution |
|------|--------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| 2002 | Trésor | 868550000 | 658 979 000 | 75,87% |
| | PPTE | | | |
| | Emprunts | 9747841000 | 6 200 458 000 | 63,61% |
| | ANR | 5372976000 | 5 883 250 000 | 109,50% |
| | Total | 15 989 367 000 | 12 742 687 000 | 79,69% |
| 2003 | Trésor | | 1 467 000 000 | |
| | PPTE | | 3 077 000 000 | |
| | Emprunts | | 7 114 000 000 | |
| | A.N.R. | | 9 874 000 000 | |
| | Total | | 21 532 000 000 | |
| 2004 | Trésor | | 1 492 000 000 | |
| | PPTE | | 2 977 000 000 | |
| | Emprunts | | 982 000 000 | |
| | A.N.R. | | 9 540 000 000 | |
| | Total | | 14 991 000 000 | |
| 2005 | Trésor | 1 228 280 000 | 854 247 011 | 69,55% |
| | PPTE | 1 277 470 000 | 572 523 944 | 44,82% |
| | Emprunts | 1 500 000 000 | 681 662 552 | 45,44% |
| | A.N.R. | 4 247 760 000 | 5 080 251 699 | 119,60% |
| | Total | 8 253 510 000 | 7 188 685 206 | 87,10% |
| 2006 | Trésor | 1 329 409 000 | 941 864 888 | 70,85% |
| | PPTE | 4 627 153 000 | 4 466 145 217 | 96,52% |
| | Emprunts | 2 000 000 000 | 1 082 237 580 | 54,11% |
| | A.N.R. | 6 750 382 000 | 5 980 099 000 | 88,59% |
| | Total | 14 706 944 000 | 12 470 346 685 | 84,79% |

Tableau 2: Répartition des dépenses de fonctionnement par niveau en 2006

| NIVEAU | REGION / STRUCTURES | L F initiale | ORDONNANCEMENT | % LF I | % Ord. | Taux exécution |
|--|--|-----------------------|-----------------------|---------------|---------------|----------------|
| Autres Ministères | | | | | | |
| | Autres administrations | 546 529 000 | 479 503 002 | 2,46% | 2,53% | 87,74% |
| | dont les contributions aux mutuelles | 80 000 000 | 75 413 000 | | | |
| Niveau Central | | 18 184 405 000 | 16 257 977 608 | 84,05% | | 89,41% |
| | Administration Centrale | 2 214 386 000 | 937 742 568 | 12,18% | 5,77% | 42,35% |
| | Dépenses communes | 8 270 344 000 | 8 541 770 983 | | | 103,28% |
| | Transferts courants | 574 300 000 | 491 824 084 | | | 85,64% |
| | PPTE | 993 742 000 | 881 938 515 | | | 88,75% |
| | Médicaments et vaccins | 1 954 951 000 | 1 602 879 629 | | | 81,99% |
| | Contributions aux organisations internatio (T4) | 96 300 000 | 47 925 000 | | | 49,77% |
| | allocations et concours | 80 000 000 | 59 610 890 | | | 74,51% |
| | Hospilisations | 240 000 000 | 239 680 658 | | | 99,87% |
| | Evacuations à l'étranger (T4) | 435 000 000 | 434 432 954 | | | 99,87% |
| | salaires | 5 609 763 000 | 6 733 060 841 | | | 120,02% |
| | Médicaments | 724 951 000 | 662 451 000 | | | 91,38% |
| | Vaccins | 700 000 000 | 412 460 871 | | | 58,92% |
| | Lutte contre les épidémies (médicaments, vaccins) | 530 000 000 | 527 967 758 | | | 99,62% |
| | Formation spécialistes (T4, PPTE) | 350 000 000 | 274 326 688 | | | 78,38% |
| | Appui aux divers programmes | 197 530 000 | 108 513 137 | | | 54,94% |
| | Appui à la santé de base (salaires contractuels, T4, PPTE) | 817 951 000 | 782 117 204 | | | 95,62% |
| | Appui mise en place attachés médicaux (T4) | 25 000 000 | 9 466 130 | | | 37,86% |
| | Carburant | 81 900 000 | 54 475 000 | | | 66,51% |
| | entretien matériel roulant | 165 000 000 | 147 499 172 | | | 89,39% |
| | Revue des dépenses | 26 000 000 | 19 499 424 | | | 75,00% |
| | Plan de Développement sanitaire | 43 000 000 | 35 733 049 | | | 83,10% |
| | Lutte contre l'Oncho | 18 000 000 | 10 436 800 | | | 57,98% |
| | Appui à la lutte contre le palu (PPTE) | 175 791 000 | 99 821 311 | | | 56,78% |
| | EPA (T4) | 4 176 682 000 | 3 801 821 829 | 22,97% | 23,38% | 91,02% |
| Niveau Intermédiaire & Opérationnel | | 3 450 690 000 | 2 178 305 000 | 15,95% | 11,82% | 63,13% |
| | Agadez | 289 550 000 | 177 816 000 | | | 61,41% |
| | Diffa | 261 500 000 | 166 222 000 | | | 63,56% |
| | Dosso | 416 975 000 | 266 965 000 | | | 64,02% |
| | Maradi | 476 436 000 | 308 379 000 | | | 64,73% |
| | Tahoua | 602 805 000 | 383 319 000 | | | 63,59% |
| | Tillabéri | 482 169 000 | 300 726 000 | | | 62,37% |
| | Zinder | 640 780 000 | 392 399 000 | | | 61,24% |
| | Niamey | 280 475 000 | 182 479 000 | | | 65,06% |
| Total fonctionnement MSP | | 21 635 095 000 | 18 436 282 608 | 97,54% | 97,47% | 85,21% |
| Total général | | 22 181 624 000 | 18 915 785 610 | | | 85,28% |

Tableau 3 : Répartition par région des crédits de fonctionnement, année 2006 (en 000 fcfa)

| | Agadez | | Diffa | | Dosso | | Maradi | | Tahoua | | Tillabéri | | Zinder | | Niamey | | Total | |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal | Prévu | réal |
| Fournitures consommées | 26750 | 20036 | 25000 | 18 742 | 43 000 | 32 113 | 48 000 | 35 020 | 81 000 | 45 721 | 48 000 | 34 398 | 89 700 | 52 533 | 30 000 | 22 422 | 391 450 | 260 985 |
| Alimentation | 65000 | 47031 | 50000 | 37 184 | 85 000 | 63 131 | 140 000 | 104 872 | 187 000 | 161 793 | 105 000 | 72 559 | 200 000 | 148 353 | 75 000 | 52 745 | 907 000 | 687 668 |
| Petit matériel | 15000 | 7462 | 15000 | 4 720 | 35 000 | 17 200 | 40 461 | 20 130 | 40 875 | 19 376 | 43 319 | 15 150 | 40 000 | 19 947 | 10 800 | 5 894 | 240 455 | 109 879 |
| Entretien mobilier | 20000 | 1473 | 11500 | 991 | 17 000 | 1 697 | 17 000 | 1 672 | 32 500 | 2 724 | 21 000 | 1 809 | 24 280 | 1 847 | 10 000 | 999 | 153 280 | 13 212 |
| Entretien matériel technique | 32000 | 5824 | 30000 | 5 180 | 55 000 | 10 277 | 50 000 | 9 340 | 65 000 | 12 023 | 45 000 | 7 979 | 60 300 | 11 552 | 35 000 | 6 500 | 372 300 | 68 675 |
| Entretien bâtiment | 55000 | 54981 | 50000 | 49 346 | 75 000 | 74 869 | 75 000 | 74 938 | 79 630 | 70 191 | 80 000 | 79 015 | 85 300 | 77 982 | 58 000 | 57 999 | 557 930 | 539 321 |
| Frais d'impression | 2500 | 1249 | 3500 | 1 739 | 3 500 | 1 734 | 7 000 | 2 794 | 7 000 | 3 285 | 8 000 | 3 461 | 10 000 | 4 245 | 4 200 | 2 091 | 45 700 | 20 598 |
| Frais de transport à l'intérieur | 8500 | 1664 | 11700 | 2 311 | 20 000 | 3 514 | 20 000 | 2 174 | 20 000 | 3 436 | 25 000 | 4 991 | 30 000 | 4 860 | | | 135 200 | 22 950 |
| Frais de mission | 8000 | 1596 | 9000 | 1 539 | 15 000 | 2 791 | 15 000 | 1 095 | 15 000 | 2 479 | 16 050 | 3 199 | 21 400 | 3 613 | | | 99 450 | 16 312 |
| Carburant | 27300 | 16639 | 27 300 | 16 641 | 20 475 | 13 229 | 20 475 | 13 223 | 27 300 | 16 583 | 27 300 | 17 122 | 27 300 | 16 964 | 20 475 | 13 227 | 197 925 | 123 628 |
| Entretien matériel | 29500 | 19861 | 28500 | 27 829 | 48 000 | 46 410 | 43 500 | 43 121 | 47 500 | 45 708 | 63 500 | 61 043 | 52 500 | 50 503 | 37 000 | 20 602 | 350 000 | 315 077 |
| Transport | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 289550 | 177816 | 261500 | 166222 | 416 975 | 266 965 | 476 436 | 308 379 | 602 805 | 383 319 | 482 169 | 300 726 | 640 780 | 392 399 | 280 475 | 182 479 | 3 450 690 | 2 178 305 |

Tableau 4 : Répartition de la dépense publique de santé par source de financement (en millions de FCFA)

| ANNEES | Dépense Publique de Santé | | | | | | |
|-------------|---------------------------|----------------|-------|-----------|---------|----------------------|---------|
| | Fonctionnement | Investissement | | | | Total Investissement | Total |
| | | Etat | | Extérieur | | | |
| | | Volet Trésor | PPTE | ANR | Emprunt | | |
| 2001 | 17 627 | 625 | | 7 586 | 5 281 | 13 492 | 31 119 |
| 2002 | 19 287 | 659 | | 5 883 | 6 200 | 12 743 | 32 030 |
| 2003 | 11 442 | 1 467 | 3 077 | 9 874 | 7 114 | 21 532 | 32 974 |
| 2004 | 13 475 | 1 492 | 2 977 | 9 540 | 982 | 14 991 | 28 466 |
| 2005 | 15 080 | 854 | 574 | 5 080 | 682 | 7 190 | 22 270 |
| 2006 | 18 436 | 942 | 4466 | 5 980 | 1082 | 12 470 | 30 906 |
| Total | 76 911 | 5 097 | 6 628 | 37 963 | 20 259 | 69 948 | 146 859 |
| Pourcentage | 52,37% | 7,29% | 9,48% | 54,27% | 28,96% | 47,63% | 100,00% |

Tableau 5 : Evolution de la dépense publique de santé en % de la dépense publique totale de l'Etat et du PIB (en millions de FCFA)

| ANNEES | Dépense Santé Total | Dépense Publique Totale Etat | PIB | Dépense publique de Santé en % de: | |
|--------|---------------------|------------------------------|-----------|------------------------------------|-------|
| | | | | Dépense Publique Totale Etat | PIB |
| 2001 | 31 119 | 177 280 | 1 329 400 | 17,55% | 2,34% |
| 2002 | 32 029 | 211 581 | 1 439 500 | 15,13% | 2,22% |
| 2003 | 32 974 | 179 109 | 1 466 200 | 18,41% | 2,24% |
| 2004 | 28 466 | 204 815 | 1 474 900 | 13,89% | 1,93% |
| 2005 | 22 270 | 311 113 | 1711460 | 7,16% | 1,30% |
| 2006 | 30 906 | 245925 | 1859000 | 13% | 1,66 |

Tableau 6 : Evolution du taux d'exécution du budget

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

Tableau 7 : Source de financement de la dépense publique totale

| Régions | Collectivités | Etat | PTFs | Total |
|------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| AGADEZ | 5 111 610 | 45 191 511 | 437 708 182 | 488 011 303 |
| DIFFA | 281 900 | 146 968 884 | 579 300 718 | 726 551 502 |
| DOSSO | 7 313 555 | 120 246 644 | 1 203 040 637 | 1 330 600 836 |
| MARADI | 5 541 900 | 190 875 620 | 2 035 827 807 | 2 232 245 327 |
| NIAMEY | | 280 475 000 | 399 235 702 | 679 710 702 |
| TAHOUA | 3 700 000 | 337 737 405 | 1 050 595 202 | 1 392 032 607 |
| TILLABERI | 9 565 172 | 160 277 207 | 1 168 858 074 | 1 338 700 453 |
| ZINDER | 507 375 | 1 210 727 211 | 3 932 772 485 | 5 144 007 071 |
| Total | 32 021 512 | 2 492 499 482 | 10 807 338 807 | 13 331 859 801 |

Source : Comité Revue des Dépenses Publiques, mission 2006

Tableau 8 : Répartition des dépenses par partenaire en 2005-2006

| PARTENAIRES | 2005 | 2006 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| CANADA | 100 371 487 | 279 934 507 |
| HKI | 193 784 306 | 309 528 214 |
| MONACO | 17 216 264 | 134 941 920 |
| UNICEF | 9 158 934 705 | 7 415 601 252 |
| CARE | 445 393 812 | 1 721 425 399 |
| JICA | 372 103 000 | 109 417 858 |
| ITI | 4 999 003 414 | 7 249 015 160 |
| PAPDS | 546 997 737 | 1 609 387 538 |
| AFD | - | 1 027 611 852 |
| OMS | 4 898 621 872 | 5 230 794 416 |
| UE | 5 084 698 347 | 1 773 502 995 |
| RAOUL FOLLEREAU | 184 245 856 | 177 351 095 |
| PLAN | 315 650 832 | 410 823 256 |
| GLOBAL 2000 | 1 043 682 000 | 130 636 000 |
| PNUD | 67 245 248 | 9 201 056 |
| KFW | 688 800 000 | 782 200 000 |
| BAMQUE MONDIALE | 2 296 145 632 | 5 290 078 607 |
| FONDS MONDIAL | 6 418 881 936 | 4 006 238 576 |
| SIM | 110 500 000 | 111 000 000 |
| Total | 36 942 276 448 | 37 778 689 701 |

Source : Comité Revue des Dépenses Publiques, mission 2006