

REPUBLIQUE DU NIGER
FRATERNITE- TRAVAIL-PROGRES



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



FICHE D'IDENTIFICATION DE PROJET :

PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU NIGER
« PARSS »
(Soumis au Royaume de Belgique)

approuvé par le CS du 21.02.12

Janvier 2012

TABLE DES MATIERES

| | | |
|--|--|----|
| I. | ANALYSE DE LA SITUATION..... | 3 |
| II. | CADRE STRATEGIQUE..... | 4 |
| III. | LE PROJET..... | 5 |
| III.1. | Ministère désigné pour la préparation et la mise en œuvre du projet : | 5 |
| III.2. | Objectifs du Projet : | 5 |
| III.3. | Résultats attendus du projet | 5 |
| III.4. | Groupes cibles bénéficiaires de la prestation | 6 |
| III.5. | Zones d'intervention du projet. | 6 |
| III.6. | Interventions du projet. | 6 |
| III.7. | Relation de la prestation avec la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté et les Objectifs de Développement du Millénaire : | 7 |
| III.8. | Complémentarité avec les autres interventions du Royaume de Belgique dans le secteur de la Santé au Niger..... | 7 |
| III.9. | Complémentarité avec les autres bailleurs de fonds : | 8 |
| III.10. | Cohérence de la prestation planifiée avec les autres prestations du PDS 2011-2015 | 8 |
| III.11. | Contribution attendue de la Belgique : | 9 |
| III.12. | Mécanismes de Gestion et de Suivi Evaluation du Projet | 9 |
| III.13. | Durabilité des interventions : | 10 |
| A N N E X E S | | 11 |
| Annexe A : Principaux éléments du PDS 2011-2015 | | 12 |
| Annexe B : Tableau de couverture des besoins de financement du PDS | | 23 |
| Annexe C : Tableau indicatif des contributions des interventions belges au PDS 2011-2015 | | 24 |

I. ANALYSE DE LA SITUATION

Le Niger est l'un des pays de l'Afrique du Sud Sahara qui enregistre une situation économique très vulnérable du fait en autres du faible revenu de la majorité de la population, d'un tissu économique basé sur l'informel et sur un secteur primaire dominée par l'agriculture et l'élevage fortement dépendant des aléas climatiques. En outre depuis plus trois décennies le pays vit une situation d'insécurité alimentaire chronique.

Cette situation fragilise davantage l'économie du pays et menace dangereusement les couches les plus vulnérables dont plus de 80% vivent en zone avec un seuil de pauvreté de 52%.

Au plan sanitaire, le pays Niger enregistre des indicateurs non satisfaisants dont entres autres :

- Un fort taux d'indice de fécondité (7,1 enfants) par femme ;
- Un taux de mortalité maternelle en 2010 selon l'enquête SONU est de 550 pour 100.000 naissances vivantes et
- Un taux de mortalité infanto juvénile de 130,5 pour mille.

| Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont le paludisme, le VIH, la malnutrition, les anémies et les diarrhées.

Les femmes le plus souvent meurent de suite de couches et des complications de la grossesse.

Ces groupes vulnérables malgré l'introduction de la gratuité de soins qui leurs accorde une facilité d'accessibilité financière aux prestations de soins, meurent le plus souvent du fait de la faiblesse du système de santé de Santé. Le Système de santé du Niger connaît actuellement plusieurs difficultés de fonctionnement qui constituent des défis majeurs pour offrir des soins et des services de qualité à la majorité des populations afin d'améliorer leur état de santé. Ces défis qui sont entre autres :

- la faiblesse de la couverture sanitaire 50% en 2010 ;
- la faiblesse du système de référence et de contre référence ;
- l'insuffisance de personnel en quantité en qualité ;
- l'insuffisance du taux de réalisation d'autres stratégies (Foraines, sorties mobiles) permettant aux populations surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans l'accès aux services et de soins de qualité ;
- la faible capacité des services à offrir des soins de qualité en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de 5ans;
- l'insuffisance du nombre de centres de prise en charge de la malnutrition ;
- l'insuffisance de couverture des mères et des enfants en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ;
- le faible développement des mécanismes communautaires de prise en charge des soins des enfants et des femmes enceintes ;
- l'absence de mécanisme de motivation du personnel basé sur la performance ;
- l'absence d'une politique nationale d'exemption de paiement des frais de soins à moyen et à long terme pour les couches les plus défavorisées (femmes, enfants de moins de 5 ans et les vieillards).

En plus des insuffisances liées au système de santé, d'autres non moins importantes existent au niveau des communautés tels que le comportement et certaines pratiques néfastes des populations à leur état de santé du fait de la méconnaissance des règles et des mesures d'hygiène et assainissement de base, l'analphabétisme chez les mères et le faible pouvoir d'achat des femmes surtout en milieu rural qui limite leur accès précoce aux services et des soins de qualité.

II. CADRE STRATEGIQUE

Pour réduire ces insuffisances du système de santé et amener les communautés à observer des comportements plus favorables à l'amélioration de leur état de santé, le Ministère de la Santé Publique s'est doté d'un plan de développement sanitaire 2011-2015 dont objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD santé à travers l'offre des soins et services de qualité à la population en particulier aux groupes les plus vulnérables (femmes et enfants).

Pour atteindre cet objectif, le PDS 2011-2015 a été structuré autour de huit axes stratégiques essentiels qui consistent en:

- ✓ L'extension de la couverture sanitaire
- ✓ Le développement des services de la santé de la reproduction ;
- ✓ La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins
- ✓ L'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et de ses dérivés
- ✓ L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée
- ✓ Le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé
- ✓ Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé
- ✓ La promotion de la recherche en santé

Pour atteindre les objectifs du PDS 2011-2015 et améliorer de manière significative l'état de santé des populations, le Ministère de la Santé Publique a déterminé des besoins pour la mise en œuvre des différentes stratégies.

- La transformation des cases de santé en nouveaux centres de santé intégrés ;
- Le recrutement d'un personnel additionnel ;
- Le renforcement des plateaux techniques à tous les niveaux par la dotation des structures de soins d'équipements répondant aux normes des nouvelles technologies ;
- L'intensification de la réalisation des consultations foraines et mobiles intégrées qui seront développées au niveau des centres de santé intégrés ;
- Le renforcement des capacités du personnel de santé dans des domaines de formations spécifiques à l'amélioration de l'état de la mère et de l'enfant et en bonne gouvernance ;
- Le renforcement des fonctions de régulation du Ministère de la Santé Publique de manière à améliorer la gestion et le fonctionnement des services mais aussi à la qualité des prestations de soins ;
- La formation des spécialistes dans plusieurs domaines ;
- La mise en niveau des formations sanitaires existantes par leur réhabilitation et leur dotation en équipements adéquats ;
- L'amélioration du système d'approvisionnement par le renforcement de l'ONPPC, du Lanspex et l'augmentation de la production locale ;
- Le développement de mécanismes de financement alternatif pour accroître l'accès équitable des populations à des services et de soins de santé de qualité ;
- Le développement et la mise en place de mécanismes d'incitation du personnel à la performance (**Financement de la gestion basée sur les Résultats**) ;
- Le développement de la recherche en santé dans le secteur ;

Toutes ces stratégies sont développées en annexe A à la présente fiche d'identification

L'analyse du tableau de couverture des besoins de financement du PDS 2011-2015 (repris en annexe B) permet d'identifier les domaines d'intervention dont il existe un gap de financement par rapport aux besoins totaux et couverts que l'apport du projet belge pourrait couvrir pour rendre effective la réalisation de ces actions sur l'ensemble du pays. Mais force est de constater que globalement il existe au niveau de tous les domaines d'intervention des écarts importants de financement non couverts pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015. Au vu de cette situation, l'orientation de l'apport de ce nouveau projet belge dans la mise en œuvre du PDS 2011-2015 est faite en tenant compte des certaines priorités du plan stratégique. Ces priorités visent le renforcement du système de santé en vue d'accroître l'accès des populations à des services et à des soins de qualité des soins en vue de contribuer de manière significative la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile. Ces interventions seront menées dans des districts sanitaires de fort poids démographique avec un faible de taux de couverture sanitaire afin d'atteindre le maximum de bénéficiaires avec ces prestations.

III. LE PROJET

III.1. Ministère désigné pour la préparation et la mise en œuvre du projet :

La préparation et la mise en œuvre du projet se fera à travers le Ministère de la Santé publique qui est en charge de l'amélioration de l'état de santé des populations d'une manière générale et plus particulièrement de celui des femmes et des enfants de moins de 5 ans.

III.2. Objectifs du Projet :

Objectif Général

« Une offre des soins et des services de qualité est assurée à la population du Niger en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables»

Objectif spécifique

« La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du Projet»

L'atteinte de l'objectif général et notamment la fonctionnalité des formations sanitaires réhabilités/construits et équipés dépendra aussi du niveau de mise en œuvre des autres axes stratégiques du PDS 2011-2015 qui ne sont pas couverts par la présente intervention.

III.3. Résultats attendus du projet

Pour contribuer au renforcement du système de santé dans les zones d'intervention du projet en vue d'accroître l'accessibilité physique des populations à des services et des soins de qualité les interventions du projet seront orientées vers l'atteinte des résultats attendus suivants :

- Les infrastructures sanitaires de la zone du projet sont mises à niveau (transformation et l'équipement de cases de santé en centre de santé intégré en prenant en compte l'aspect de la prise en charge de la malnutrition et la transformation de certains CSI Type II en centre SONUB) pour accroître l'accès des femmes et des enfants au paquet minimum d'activités de soins;

- Des nouvelles infrastructures sanitaires sont construites et équipées au niveau de la zone du projet.
- Le système de maintenance des équipements et de la logistique est renforcé au niveau de la zone du projet
- Des stratégies mobiles et avancées y compris la chirurgie foraine en vue d'atteindre les zones d'accès difficiles et les populations nomades sont développées ;
- Les compétences des agents oeuvrant dans les formations sanitaires de la zone du projet sont renforcées dans divers domaines visant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant (SONUC, SONNE, SONUB, PCIME, PTME, Technique vaccinale, Prise en charge de la malnutrition) ;
- La supervision et le suivi évaluation des activités sont améliorés au niveau des zones d'intervention du projet.

III.4. Groupes cibles bénéficiaires de la prestation

Les bénéficiaires de la prestation sont l'ensemble des communautés de la zone d'intervention du projet mais avec un accent particulier sur l'amélioration de la santé du couple mère- enfant. Le choix de la mère et l'enfant comme bénéficiaires principaux du projet se justifie parce qu'ils constituent la cible principale qui enregistre au Niger le plus fort de taux de mortalité du fait de leur vulnérabilité et leur faible pouvoir d'achat pour accéder à des services et des soins de qualité. En outre les femmes et les enfants constituent une part importante de la population nigérienne dont il faut agir sur leur état de santé pour évoluer vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

III.5. Zones d'intervention du projet.

Les interventions proposées ciblent principalement des districts sanitaires de Mirriah et Magaria dans la région de Zinder, Filingué et Téra dans la région de Tillabéri; Dakoro et Mayahi dans la région de Maradi et Dogondoutchi dans la région de Dosso.

Le choix des zones et interventions proposées dans le projet est motivé par un souci d'accroître l'accès des services de santé et des soins de qualité aux populations et surtout aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans. Au regard de ce critère, il apparaît que les zones ciblées pour le projet sont principalement les districts sanitaires à très fort poids démographique qui enregistrent de très faible couverture sanitaire et dont la majorité des populations n'ont pas accès à une structure de soins de référence avec un plateau technique acceptable. A travers ces zones, 30% de la population nigérienne vont bénéficier des interventions du projet. Cependant en fonction des réalités du terrain, des priorités du gouvernement et de l'enveloppe budgétaire disponible, les zones d'interventions du projet pourraient être revues à la baisse (trois ou deux régions).

III.6. Interventions du projet.

Le projet va couvrir ainsi les interventions suivantes:

- ✓ La réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires existantes dans la zone du projet pour accroître l'accès des femmes et des enfants au paquet minimum d'activités de soins;
- ✓ La construction et l'équipement de nouvelles infrastructures sanitaires dans la zone du projet ;

- ✓ La formation du personnel des formations sanitaires de la zone du projet dans les différentes stratégies permettant d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé de la mère et des enfants de moins de 5ans ;
- ✓ Le développement des stratégies mobiles et avancées y compris la chirurgie foraine dans les zones d'intervention du projet ;
- ✓ Le renforcement de la maintenance des équipements et de la logistique ;
- ✓ Le renforcement du suivi et évaluation et de la supervision au niveau des zones d'intervention du projet.

III.7. Relation de la prestation avec la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté et les Objectifs de Développement du Millénaire :

Cette intervention qui vise le renforcement du système de santé du Niger en vue d'accroître l'accès des populations surtout les femmes et les enfants de moins de 5ans à des services et des soins de santé de qualité, s'inscrit dans le cadre de la mise œuvre du plan de développement sanitaire 2011-2015 qui constitue le cadre de référence nationale en matière de santé publique. Le PDS qui fait partie intégrante de la stratégie globale du gouvernement pour l'atteinte les Objectifs du Millénaire pour le Développement fait du secteur de la santé l'un des moteurs de la croissance économique à travers l'amélioration de l'état de santé des populations. Les interventions de ce projet une fois réalisées, vont contribuer à l'atteinte des résultats suivants du plan de développement sanitaire 2011-2015 :

- ✓ L'Accès des populations aux services et soins de qualité est accru ;
- ✓ Les Services de la santé de la reproduction de qualité sont offerts ;
- ✓ Les structures sanitaires sont dotées en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ;
- ✓ Le système du suivi /évaluation du PDS 2011-2015 est renforcé.

III.8 Complémentarité avec les autres interventions du Royaume de Belgique dans le secteur de la Santé au Niger

En sus du projet «Appui au Renforcement du Système de Santé au Niger » faisant l'objet de la présente fiche d'identification, deux autres projets financés par le Royaume de Belgique dans le secteur de la santé sont actuellement en cours d'exécution à savoir :

- Le Projet de Formation continue des Agents de Santé (PFAS) démarré en mai 2010, s'inscrivant principalement dans l'Axe stratégique 3 du PDS 2011-2015 (Dotation des structures sanitaires en ressources humaines qualifiées et motivées)
- Le Projet d'Appui Institutionnel au MSP démarré effectivement en Octobre 2011 s'inscrivant principalement dans l'Axe stratégique 6 (Renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du MSP), l'Axe stratégique 7 (Développement des mécanismes de financement du secteur de la santé) et l'Axe stratégique 8 (Promotion de la recherche en Santé)

La combinaison des 3 interventions permet donc de développer une approche à la fois globale, complémentaire et synergique, tout en contribuant à la mise en œuvre d'une large partie du PDS (5 axes stratégiques sur 8).

Un tableau récapitulatif plus détaillé indiquant la complémentarité entre les 3 interventions financées par le Royaume de Belgique est présenté en annexe C.

III.9. Complémentarité avec les autres bailleurs de fonds :

Au lendemain de l'adoption du PDS 2011-2015, le Gouvernement du Niger a signé avec l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers un document intitulé « Compact » qui traduit la volonté de tous les signataires d'appuyer la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire 2011 -2015 dans une approche intégrée, harmonisée et alignée à des modalités de mise en œuvre et de suivi communes de leurs interventions conformément aux principes de la Déclaration de PARIS et de l'IHP+.

Dans ce cadre chaque partenaire technique et financier devra signer avec le pays, une convention particulière (**Convention Bilatérale**) pour l'octroi d'un crédit, d'un prêt ou d'une subvention, destiné à contribuer au financement du Programme, ou de tout ou d'une partie des activités comprises dans le Programme.

Les interventions de financement des partenaires techniques et financiers s'effectuent pour certains à travers des projets à gestion directe ou sous tutelle de l'Etat du Niger avec une assistance technique et pour d'autres à travers le système de panier commun (Fonds Commun) d'appui à la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Pour l'harmonisation des interventions, après le PDS 2011-2015, le secteur de la santé s'est doté d'un plan de travail de quinquennal de la même durée qui est assorti chaque année un plan d'action annuel qui prend en compte la complémentarité des actions des différents acteurs du secteur de santé. Toutes les interventions des PTF s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies nationales contenues dans le PDS 2011-2015.

III.10. Cohérence de la prestation planifiée avec les autres prestations du PDS 2011-2015

Le projet de renforcement du système de santé financé par le Royaume de Belgique s'inscrit dans la stratégie globale et générale du gouvernement du Niger pour le renforcement du système de santé 2011-2015 pour accélérer l'atteinte des OMD, qui bénéficie actuellement de plusieurs financements des partenaires techniques et financiers et de l'Etat et dont les six piliers d'interventions sont les suivants :

- ✓ Les prestations de service ;
- ✓ Les ressources humaines
- ✓ L'information sanitaire ;
- ✓ L'approvisionnement en produits pharmaceutiques ;
- ✓ Le financement de la santé ;
- ✓ La gouvernance.

Pour le renforcement de son système de santé (RSS), le Niger va bénéficier d'un programme quinquennal 2011 -2015 sur le financement du 10^{ème} round de renforcement des systèmes de santé d'un montant de 11 298 068 Euros du fonds mondial. La première phase de ce financement de 2012-2013 va démarrer le premier janvier 2012. Elle est d'un montant de 6 869 099 Euros. Ce financement vise le renforcement des capacités de diagnostic et de maintenance des laboratoires sur une base multi maladies à tous les niveaux, le renforcement de la disponibilité, de la capacité et de la performance des agents de santé, le renforcement de la qualité des données, du suivi/évaluation, le renforcement de la gestion de la chaîne de l'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables, renforcement de la gouvernance et leadership du MSP. En plus du Fonds Mondial, GAVI Alliance a aussi accepté d'apporter un soutien au renforcement du système de santé du Niger

pour un montant de **3 985 799 \$ US**. Cette requête vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en général et en particulier la santé de la mère et de l'enfant à travers les objectifs spécifiques suivants :

- Rehausser la proportion de la population ayant accès au PMA de 44, 6% à 50 % d'ici fin 2010 pour renforcer la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 5 ans.
- Assurer au niveau central la disponibilité dans les délais des données complètes et de qualité d'au moins 70% des Formations Sanitaires d'ici 2010.
- Appuyer l'élaboration et l'adoption d'un nouveau plan de développement sanitaire 2011-2015 ;
- Appuyer l'élaboration et l'adoption d'un nouveau plan pluri annuel complet pour la vaccination 2011-2015.

Ces deux requêtes seront exécutées à travers le fonds commun d'appui à la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Toujours dans le cadre du renforcement de son système de santé, le secteur bénéficie depuis 2010 de l'appui de la coopération belge pour le renforcement et l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines compétentes en particulier au niveau déconcentré du système de santé et d'un appui institutionnel pour renforcer les fonctions de régulation du Ministère de la Santé Publique. Ces appuis financiers viennent s'ajouter aux interventions de l'Agence Française pour le Développement, de la Banque mondiale, de l'Agence Espagnole de Coopération internationale pour le développement et l'Unicef à travers le Fonds commun ainsi que de l'Etat du Niger.

III.11. Contribution attendue de la Belgique :

La contribution souhaitée de la Belgique pour la période couvrant le **PIC 2009-2012** est d'environ **8.650.000.000 F CFA** (soit environ **13 Millions d'Euros**).

Ce budget indicatif a été obtenu sur la base des estimations qui pourront faire l'objet de modifications au cours de la formulation en fonction des changements éventuels intervenus dans l'orientation des priorités, de la quantification et de la valorisation plus précise des travaux à réaliser et de l'évolution de la situation sanitaire dans les zones d'intervention du projet.

Ce budget ne prend pas en compte le coût de la réalisation des études architecturales et géotechniques des sites destinés à la construction de deux hôpitaux de district partant, de l'hypothèse que ces études pourraient faire l'objet d'une requête du MSP auprès du Programme d'Appui aux Recherches et Consultances (PAREC) financé par la Coopération Belge.

III.12. Mécanismes de Gestion et de Suivi Evaluation du Projet

La mise en œuvre de cette contribution estimée pour une période de 4 ans sera faite à travers un système de cogestion entre les deux parties. A cet effet, les dépenses imputables à cette contribution belge seront approuvées par un ordonnateur désigné par la partie nigérienne et un co ordonnateur désigné par la partie belge. Par ailleurs, la Direction du projet sera composée d'un Responsable (mis à disposition par le MSP) et d'un Co Responsable (recruté par la CTB).

En outre, pour faciliter la mise en œuvre des opérations techniques surtout celles relatives à la construction et à la réhabilitation des infrastructures sanitaires, il sera procédé au recrutement d'une assistance technique internationale disposant idéalement de qualifications d'ingénieur en biomédical et

en suivi des travaux de construction des infrastructures sanitaire. La gestion des ressources se fera conformément aux procédures de gestion qui seront établies en concertation entre les deux parties.

Le suivi de la mise en œuvre sera assuré par une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) en tant qu'organe de pilotage du Projet et à travers le dispositif de suivi évaluation du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015).

III.13. Durabilité des interventions :

La durabilité de l'intervention viendra en premier lieu du renforcement des capacités à tous les niveaux du système de santé à travers un encadrement de proximité, la mise en place d'outils et méthodes de travail, et le transfert des compétences.

L'implication forte des communautés se manifestera à travers la poursuite des financements des activités de santé à travers le recouvrement des coûts, la responsabilisation dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire à travers les comités de santé à tous les niveaux.

En outre les structures de soins qui seront réhabilitées et construites seront rendues fonctionnelles grâce au recrutement du personnel effectué par le gouvernement en 2011 dont 536 médecins généralistes qui seront mis à la disposition de certains CSI type II et 1158 agents paramédicaux pour toutes les structures de soins toutes catégories confondues. La mise en place des médecins généralistes au niveau des CSI type II permettrait de faire le redéploiement du personnel existant vers les zones les plus reculées qui en sont actuellement dépourvues. En plus des 1158 agents paramédicaux et 536 médecins recrutés, le gouvernement entend maintenir la politique de recrutement du personnel contractuel afin de palier au déficit d'agent au niveau de ces zones reculées. Ce qui constitue facteur plausible pour l'accès des populations des zones éloignées à des services et des soins de qualité.

Point d'attention pour la formulation :

La formulation démarrera avec une étude de capitalisation des précédentes interventions belges et d'autres bailleurs qui fera le bilan des investissements effectués depuis 15 ans, qui analysera les capacités locales de l'administration et du privé, la durabilité des équipements et des bâtiments, les bonnes pratiques, la gestion et la maintenance, ...

ANNEXES

Annexe A : Principaux éléments du PDS 2011-2015

Analyse de la Situation

Le Niger est l'un des pays de l'Afrique du Sud Sahara qui enregistre une situation économique très vulnérable du fait en autres du faible revenu de la majorité de la population, d'un tissu économique basé sur l'informel et sur un secteur primaire dominée par l'agriculture et l'élevage fortement dépendant des aléas climatiques. En outre depuis plus trois décennies le pays vit une situation d'insécurité alimentaire chronique du fait des déficits pluviométriques cycliques chaque deux.

Cette situation fragilise davantage l'économie du pays et menace dangereusement les couches les plus vulnérables que sont les communautés rurales qui représentent plus de 80% de la population nigérienne dont plus de 52% vit en dessous du seuil de pauvreté.

Au plan sanitaire, le Niger connaît l'un des plus fort indice de fécondité (7,1 enfants) par femme. Le taux de mortalité maternelle en 2010 selon l'enquête SONU est de 550 pour 100.000 naissances vivantes et chez les enfants de moins de 5 ans ce taux se situe à 130,5 pour mille. Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5ans sont le paludisme, le VIH, la malnutrition, les anémies et les diarrhées. Les femmes le plus souvent meurent de suite de couches et des complications de la grossesse. Ces groupes vulnérables malgré l'introduction de la gratuité de soins qui leurs accorde une facilité d'accessibilité financière aux prestations de soins, meurent le plus souvent du fait de la faiblesse du système de santé de Santé. Le Système de santé du Niger connaît actuellement plusieurs difficultés de fonctionnement qui constituent des défis majeurs pour offrir des soins et des services de qualité à la majorité des populations afin d'améliorer leur état de santé. Ces défis qui sont entre autres :

- la faiblesse de la couverture sanitaire 50% en 2010 ;
- l'insuffisance de qualité de la qualité des soins et des prestations ;
- la faiblesse du système de référence et de contre référence ;
- l'insuffisance de personnel en quantité en qualité ;
- la répartition inégale du personnel de santé entre les zones rurales et urbaines ;
- l'insuffisance de ressources allouées à la formation initiale et spécialisée du personnel de santé ;
- la faiblesse du système d'approvisionnement en médicaments ; consommables et d'autres intrants de soins ;
- l'insuffisance du taux de réalisation d'autres stratégies (Foraines, sorties mobiles) permettant aux populations surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans l'accès aux services et de soins de qualité ;
- la faible implication des communautés dans la gestion des services de santé ;
- la faible capacité des services à offrir des soins de qualité en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de 5ans;
- l'absence de stratégies et de services spécifiques pour la prise en charge des maladies pour les personnes âgées ;
- la faible capacité des services de santé à offrir des soins spécifiques pour les maladies telles que les insuffisances rénales, les hypertensions et autres affections émergentes et ré émergentes;
- le faible accès des populations surtout des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans aux services et soins spécialisés ;
- l'insuffisance du nombre de centres de prise en charge de la malnutrition ;

- l'insuffisance de couverture des mères et des enfants en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ;
- le développement des maladies nosocomiales en milieu de soins intensifs ;
- la faible capacité des services de santé à traiter les déchets issus des soins ;
- l'absence de système d'évacuation des eaux usées au niveau de plusieurs services de santé ;
- le faible développement des mécanismes communautaires de prise en charge des soins des enfants et des femmes enceintes ;
- la faiblesse de la couverture maladie en milieu urbain et rural ;
- l'absence de mécanisme de motivation du personnel basé sur la performance ;
- l'insuffisance dans la collecte, le traitement, l'analyse et le contrôle de qualité des données sanitaires ;
- l'insuffisance dans le contrôle de qualité des médicaments et des autres intrants de soins ;
- l'absence d'une politique nationale d'exemption de paiement des frais de soins à moyen et à long terme pour les couches les plus défavorisées (femmes, enfants de moins de 5 ans et les vieillards).

En plus des insuffisances constatées liées au système de santé, d'autres non moins importants existent au niveau des communautés tels que le comportement et certaines pratiques néfastes des populations à leur état de santé du fait de la méconnaissance des règles et des mesures d'hygiène et assainissement de base, l'analphabétisme chez les mères et le faible pouvoir d'achat des femmes surtout en milieu rural qui limite leur accès précoce aux services et des soins de qualité.

Pour réduire ces insuffisances du système de santé et amener les communautés à observer des comportements plus favorables à l'amélioration de leur état de santé, le Ministère de la Santé Publique s'est doté d'un plan de développement sanitaire 2011-2015 dont objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD santé à travers l'offre des soins et services de qualité à la population en particulier aux groupes les plus vulnérables (femmes et enfants).

Pour atteindre cet objectif, le Ministère de la santé publique entend mettre en œuvre le PDS 2011-2015 à travers le développement de huit axes essentiels qui consiste à :

- ✓ L'extension de la couverture sanitaire
- ✓ Le développement des services de la santé de la reproduction ;
- ✓ La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins
- ✓ L'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et de ses dérivés
- ✓ L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée
- ✓ Le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé
- ✓ Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé
- ✓ La promotion de la recherche en santé

1) L'extension de la couverture sanitaire

A travers cette stratégie, le MSP vise augmenter l'accès des populations surtout des couches les plus vulnérables que sont les femmes, les enfants et les vieillards à des soins et des services de qualité par la mise en œuvre des actions suivantes :

- **La mise à niveau de l'existant** par la réhabilitation des infrastructures sanitaires, de leurs circuits électriques, l'électrification des certains centres de soins, leur branchement à une

adduction à l'eau potable, le forage des puits, la transformation des cases de santé en CSI type I et la construction de logement pour les agents de santé ;

- **La construction de nouvelles formations sanitaires** (centres de santé intégrés, hôpitaux de district, centres hospitaliers régionaux et nationaux et autres centres de référence)
- **L'équipement des structures de soins et de santé** par leur dotation en équipements lourds, matériel technique et moyens roulants ;
- **La maintenance des infrastructures et des équipements** par la mise en place des ateliers polyvalents de maintenances, le renforcement des capacités des ouvriers polyvalents et des ateliers de maintenance, l'entretien des bâtiments, des équipements, du matériel et des moyens roulants et la dotation des structures en fonds de maintenance ;
- **Le développement d'autres stratégies d'accès aux soins** (foraines, stratégies mobiles avancées, stratégies mobiles intégrées).

2) Le développement des services de la santé de la reproduction par :

- **Le renforcement des activités de la planification familiale (PF)** par la promotion de la distribution à base communautaire des contraceptifs et préservatifs, l'approvisionnement des formations sanitaires en préservatifs et en contraceptifs, l'introduction de la PF dans le paquet minimum des cases de santé, le renforcement des capacités des agents de santé et des relais communautaires en clinique et counselling PF ;
- **L'Amélioration des services de la santé des adolescents et des jeunes (SSAJ)** en adaptant certains centres de santé aux besoins de santé sexuelle des jeunes, la réalisation des activités IEC en faveur des jeunes et le renforcement des capacités des agents de santé en SSAJ ;
- **L'Amélioration de la prise en charge de la santé de l'enfant** qui consiste à renforcer les capacités des agents de santé et des relais communautaires dans les domaines de compétences suivantes (PTME, PCIME, gestion des activités du Programme élargi de vaccination, l'allaitement maternel exclusif et la prise en charge de la malnutrition) et la promotion de ces activités en milieu communautaire ;
- **L'Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né** qui se fera à travers la promotion de l'accouchement assisté par personnel qualifié, des activités de la post natale, de la consultation prénatale recentrée (CPNR) le renforcement du système de référence et contre référence, le renforcement des compétences humaines dans ces domaines et la dotation des formations sanitaires en kits d'accouchement, de césarienne et de consultation prénatale recentrée ;
- **L'Amélioration de la prise en charge de la santé de l'homme** qui consiste à renforcer les services et les ressources humaines en capacité de dépistage et de prise en charge du cancer et d'autres dysfonctionnements sexuels chez l'homme.

3) La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins par :

- **L'Adaptation de la formation initiale et continue** qui se fera à travers l'élaboration des plans de formation à tous les niveaux, la formation des spécialistes, la révision des curricula de formation et l'accréditation des écoles de formation ;
- **Développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences ;**
Il se réalise à travers la mise en place d'outils de gestion informatisés du personnel, la mise en place de l'observatoire national des ressources humaines, l'affectation du

personnel selon les besoins, la révision du cadre organique et la description des postes clés au MSP ;

- **Développement des pratiques de recrutement et de redéploiement.**

A ce niveau l'accent sera mis sur le recrutement du personnel de santé cadres et auxiliaires par l'Etat, les collectivités et autres acteurs du secteur de la santé et l'élaboration des plans de redéploiement ;

- **Gestion et planification des carrières.**

Au niveau de ce sous axe seront retenues les activités de suivi de l'assistance technique, de révision du statut du personnel et des plans de carrière et d'appuyer la création des ordres pour les autres corps professionnels ;

- **Le Renforcement de la motivation des agents**

Il consiste à mettre en place des mécanismes ou des mesures motivationnelles financières et non financières et à assurer le paiement des salaires des agents ;

4) **L'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et de ses dérivés**

- **Le Renforcement de la logistique d'approvisionnement**

La réalisation de cette action se fait à travers le renforcement des capacités des agents de santé en gestion des médicaments et autres intrants de soins, la dotation des formations sanitaires en médicaments, vaccins, ARV, la mise à niveau des pharmacies et autres magasins de stockage de produits pharmaceutiques, la réorganisation de l'office national des produits pharmaceutiques et chimiques et le renforcement de la production local ;

- **Le Développement des technologies biologiques et scientifiques**

Il se fera à travers le renforcement des capacités des agents de santé en sécurité transfusionnelle, l'amélioration de la disponibilité du sang et de ses dérivés au niveau des formations sanitaires, le renforcement du contrôle de qualité des produits pharmaceutiques, la promotion de la médecine traditionnelle et la mise en place de mécanismes de financement des produits sanguins.

- **Le Respect effectif des textes pharmaceutiques à tous les niveaux**

Il consiste à promouvoir la législation pharmaceutique, la lutte contre le marché illicite des médicaments et à renforcer les inspections pharmaceutiques.

5) **L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée**

La mise en œuvre de cette stratégie se fera par :

- **Le Renforcement des interventions existantes**

A travers cette sous stratégie, le MSP attend promouvoir la lutte contre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, les maladies négligées et autres maladies transmissibles par le renforcement des capacités des agents de santé sur le dépistage et la prise en charges des cas maladies, l'amélioration de la disponibilité des produits médicaux et d'autres intrants de lutte contre ces infections y compris l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation moustiquaires imprégnées. Elle consistera aussi à renforcer le plateau

technique les structures existantes en les dotant de matériel et d'équipements médicaux répondant aux normes de développement de la technologie biomédicale.

- **Développement de stratégies opérationnelles dans des domaines non encore couverts (HTA, diabète, drépanocytose, cancers, ...)**

Il s'agit à ce niveau de développer des nouvelles stratégies permettant d'améliorer le dépistage et la prise en charge des maladies non transmissibles par le renforcement des capacités des agents et des structures de soins. Le renforcement des capacités des agents se fera à travers la formation des spécialistes dans les domaines suivants :

- ✓ Les maladies cardiovasculaires ;
- ✓ Les insuffisances rénales ;
- ✓ Les maladies génésiques ;
- ✓ Les maladies cérébrales ;
- ✓ Les rééducations et les réadaptations fonctionnelles.

En plus des aspects cliniques au niveau des structures de soins, des stratégies seront développées et mises en œuvre au niveau communautaire pour impliquer davantage les bénéficiaires dans le dépistage et la prise en charge de ces maladies. Des organisations communautaires seront promues en vue de promouvoir l'accès financiers des populations à des services de dépistage et de prise en charge des différentes maladies.

- **Coordination des interventions des programmes de santé**

A travers ce sous axe, le Ministère entend faire la promotion de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte aux épidémies au niveau des services cliniques qu'au niveau communautaire à travers la mise en place et la revitalisation des comités de lutte contre les épidémies, le renforcement des capacités des agents de santé et des agents de santé communautaires en surveillance intégrée des maladies et de la riposte. Cela consiste aussi à améliorer la coordination de lutte contre les maladies à potentiel épidémiologique et d'intensifier la recherche active des cas de paralysies flasques aiguës.

- **Poursuite de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé**

Cette action va se faire à travers l'intégration la médecine traditionnelle dans les curricula de formation des écoles de santé et la promotion de la collaboration des entités de soins avec les tradipraticiens pour l'amélioration de la prise en charge de certaines maladies.

- **Promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement**

Elle consiste à faire la promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement en milieu de soins qu'au niveau communautaire par le renforcement des capacités des capacités des agents de santé en hygiène et assainissement, la mise en place de dispositif de collecte et de traitement des déchets en milieu de soins et communautaire, le développement de la culture de l'hygiène et de

l'assainissement au niveau des communautés et la mise en place d'un système d'évacuation des déchets solides et liquides.

- **Changement climatique**

Pour faire face au développement de certaines affections liées au changement climatique (résistance du paludisme et autres), le MSP entend créer un cadre de partenariat avec les services météorologiques pour la prévention et la prise en charge de ces maladies liées au changement climatique. A travers ce cadre le secteur aura à sa disposition les informations nécessaires et capitales lui permettant de mettre en place les mesures conséquentes afin de diminuer les effets néfastes liés aux fléaux liés au changement climatique. Pour cela les capacités des agents seront renforcées sur la prise en charge et l'évaluation des maladies liées au changement climatique

- **Promotion de la santé scolaire**

Elle consiste à promouvoir les bonnes manières alimentaires et sanitaires au niveau des écoles de formations à travers le renforcement des capacités des enseignants sur les bonnes pratiques essentielles familiales en vue d'éviter aux enfants certaines maladies contagieuses. Par ailleurs il s'agirait aussi de développer à ce niveau, les activités de santé et de sécurité de travail par la mise place de stratégies nouvelles permettant d'inspecter les conditions dans lesquelles les travailleurs du secteur privé et public effectue leur emploi.

6) **Le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé**

La mise en œuvre de cet axe se fait à travers les stratégies suivantes :

- **Renforcement du management et de la déconcentration/décentralisation**

A travers cette stratégie les fonctions de régulation du Ministère de la Santé Publique seront renforcées ainsi que le processus de planification au niveau central et déconcentré. Les capacités de fonctionnement des structures administratives de santé et de soins seront améliorées par l'augmentation de leur dotation en ressources humaines, matérielles et financières. Les procédures de gestion des ressources matérielles et financières seront développées à tous les niveaux ainsi la multisectorialité et le partenariat bilatéral et multilatéral.

- **Assurance qualité**

Dans cette stratégie le MSP entend développer des approches visant à améliorer la qualité des services et des prestations à travers le renforcement des capacités des agents de santé en fonction dans les services, l'introduction de l'assurance qualité dans le curricula de la formation de base et l'amélioration des conditions de travail des agents en vue de promouvoir la lutte contre les infections associées aux soins (IAS) dans les établissements de soins.

- **Prise en compte du genre**

Dans ce sous axe du PDS seront développées toutes les stratégies permettant de prendre en compte les aspects du genre dans le développement des services de santé par le renforcement des capacités des agents de santé et les enseignants

des écoles de formation en genre, l'adoption et l'application des textes législatifs et réglementaires dans ce domaines.

- **Développement de la communication**

Pour développer la communication dans le secteur et obtenir l'adhésion effective dans différents acteurs, le MSP envisage élaborer et vulgariser des outils et des méthodes de communication interpersonnelle ainsi qu'un plan de national communication. La communication pour un changement de comportement sera développée à tous les niveaux et les capacités des agents de santé et des relais communautaires seront renforcées en techniques de communication de masse et interpersonnelle.

- **Amélioration du système de suivi évaluation (SNIS)**

Pour pallier à l'insuffisance de la qualité des données à tous les niveaux le Ministère de la Santé Publique entend renforcer les capacités des agents de santé à l'utilisation des tableaux de bord, en gestion des données sanitaires et en techniques et logistique de gestion des données sanitaires. En outre un accent particulier sera mis la production des données de qualité à tous les niveaux, des outils d'évaluation spécifiques seront développés et la coordination des activités seront intensifiées. Par ailleurs pour réduire au maximum la déperdition des données spécifiques, une base de données répondant à tous les programmes de santé sera développée et mise en place.

7) **Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé**

Pour développer des mécanismes de financement efficaces pour le secteur de la santé, le MSP entend mettre en place les actions essentielles suivantes :

- **Mobilisation de ressources pour le renforcement de l'offre des soins**

Pour permettre la mise en œuvre efficace du PDS 2011-2015 et obtenir les résultats, le Ministère de la Santé Publique doit mobiliser les ressources nécessaires à cette action à travers l'organisation des tables rondes et des réunions de plaidoyer avec les partenaires techniques financiers, l'Etat et les communautés. En plus d'autres actions plus conséquentes doivent initiées pour mobiliser plus de ressources financières en faveur des services de santé. Ainsi des études spécifiques sur les coûts de production des soins seront réalisées en vue de la révision des tarifs et accroître les ressources propres des structures de soins. En outre une attention particulière sera accordée à la mise en œuvre adéquate de l'approche communautaire intégrée en allouant plus ressources nécessaires à cette stratégie.

- **Mobilisation des ressources pour la solvabilité de la demande de soins**

A travers ce sous axe seront soutenues les stratégies spécifiques permettant de faciliter l'accessibilité financière des soins aux communautés dont les couches vulnérables. Il s'agit de la mise en place des mutuelles de santé, d'un fonds social pour les plus pauvres, d'un fonds pour les évacuations sanitaires pour les communautés éloignées et du renforcement des capacités des agents de santé dans ces domaines mais aussi le développement des procédures de gestion de ces fonds. Un accent particulier sera mis aussi sur le renforcement de la gratuité des soins par l'allocation des ressources financières plus conséquentes.

8) La promotion de la recherche en santé

Pour pallier aux insuffisances constatées dans le domaine de la recherche, les stratégies suivantes ont été développées dans le PDS 2011-2015 :

- **Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la Recherche en Santé**
Pour renforcer le cadre législatif et réglementaire de la recherche en santé, le MSP entend réviser les textes législatifs et réglementaires existants, former le personnel de santé et accentuer le contrôle de l'application des textes y afférents à la recherche.
- **Renforcement des capacités des structures de recherche en santé**
Le renforcement des capacités des structures de la recherche en santé passe par la réalisation d'un état de lieu de la recherche en santé, la formation du personnel de santé dans ce domaine, la dotation des structures en ressources financières et matérielles nécessaires, l'élaboration et la vulgarisation d'outils et de modalités de la recherche, l'intégration de la recherche dans la gestion quotidienne des services de santé ainsi la dynamisation du comité consultatif national d'éthique sur la recherche.
- **Renforcement des capacités de la coordination**
Le renforcement des capacités de la coordination consiste à mettre en place un mécanisme de suivi de la documentation, de promouvoir la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche en santé, de mettre en place des comités éthiques à tous les niveaux et d'organiser les réunions d'échange dans le cadre de la recherche.

Besoins pour la mise en œuvre des stratégies du PDS 2011-2015

Pour atteindre les objectifs du PDS 2011-2015 et améliorer de manière significative l'état de santé des populations, le Ministère de la Santé Publique a déterminé des besoins pour la mise en œuvre des différentes stratégies.

Ainsi dans le domaine de l'accès des populations à des services et des soins de qualité, la couverture sanitaire devrait passer de 50% en 2010 à 71% en 2015. Pour obtenir ce niveau de couverture sanitaire le secteur aurait besoin de 217 nouveaux CSI et d'un personnel additionnel au nombre de 651 agents. L'approche pour obtenir ce niveau de couverture repose sur la transformation et l'équipement des cases de santé en centres de santé intégrés.

En plus des consultations foraines et mobiles intégrées seront développées au niveau des centres de santé intégrés, une stratégie qui permettra d'atteindre les populations vivant au-delà de plus 5 km d'un centre de soins. Cette stratégie sera organisée autour des villages se situant à plus de 5 km d'un CSI à raison d'une sortie par mois et par site. Chaque centre de santé intégré dispose d'au moins quatre (4) sites foraines soit environ 39 456 sorties foraines pour l'ensemble du pays par an. Pour les sorties mobiles intégrées, elles s'effectuent au niveau des villages se situant au-delà de 15 km d'un centre de soins. Ces sorties qui seront réalisées par une équipe d'agents, consistent à déplacer le paquet minimum d'activités du centre de santé intégré vers les populations des zones non couvertes par les prestations de soins. Les principaux bénéficiaires de ces prestations restent essentiellement les femmes et de enfants de moins.

Pour l'organisation des consultations foraines, les services de santé auront besoin d'une moto et du carburant et des frais de déplacement pour l'agent. En outre pour organiser une sortie foraine au niveau d'un centre de santé il faudrait qu'il dispose d'au moins deux agents de santé afin d'assurer la permanence des services à l'absence d'un membre de l'équipe.

Pour organiser des sorties mobiles intégrées, les districts sanitaires auront besoins d'au moins deux véhicules 4x4, du carburant, des frais de déplacement pour les agents et les frais d'entretien de la logistique. Pour développer et mettre en œuvre ces stratégies le Ministère de la Santé Publique aurait besoin de renouveler son parc en motos et en véhicules du fait de l'insuffisance en moyens logistiques et la vétusté de l'existant.

En plus des besoins en moyens logistiques et en personnel, les structures qui seront réhabilitées ainsi que celles qui mèneront les sorties foraines et mobiles intégrées doivent être équipées en matériels et équipements biomédicaux.

Pour améliorer la prise en charge et réduire la létalité des maladies chez certains groupes cibles, les capacités du personnel des formations sanitaires publiques doivent être renforcées dans les domaines suivants :

Les formations de courte durée

- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) ;
- La prise en charge des maladies liées à la grossesse (SONU SONNE, SONUB) ;
- La prise en charge des accouchements dystociques ;
- L'amélioration de la prise en charge des accouchements eutociques ;
- Le dépistage et la prise en charge des complications liées à la grossesse et les suites d'accouchement.
- La prise en charge de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Le dépistage et la prise en charge du VIH d'une manière générale
- Le dépistage et la prise en charge de la tuberculose ;
- Le dépistage et la prise en charge du paludisme ;
- Le dépistage et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 5ans.
- Le dépistage et la prise en charge de certaines maladies tropicales négligées ;

En plus des formations spécifiques à la prise en charge de différentes des maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes en enceinte, les capacités du personnel seront aussi renforcées dans des domaines liés la bonne gouvernance. Ainsi le personnel de santé au niveau central et déconcentré sera formé sur le renforcement des fonctions de régulation du Ministère de la Santé Publique de manière à améliorer la gestion et le fonctionnement des services mais aussi à la qualité des prestations de soins. Ces formations concernent les domaines de l'assurance qualité, du genre, de la communication et la gestion des données sanitaires, la planification et le suivi – évaluation.

Toujours pour éviter au pays d'effectuer des dépenses exorbitantes liées aux évacuations sanitaires à l'extérieur et donner aux populations l'accès aux soins intensifs et spécialisés, le Ministère de la Santé Publique vise le renforcement du plateau technique des hôpitaux de district, régionaux et nationaux ainsi que d'autres centres nationaux de référence. Ce renforcement se traduit par un rehaussement du plateau technique par la réhabilitation et l'équipement de ces structures, leur dotation en moyen

logistique (ambulance, flotte et radio à bande unilatérale). Il vise aussi la formation du personnel de santé dans les spécialités suivantes chirurgie générale, les chirurgies spécifiques, la gynéco obstétrique, la radiologie, l'anesthésie- réanimation, la cardiologie, la cancérologie, la néphrologie, l'ophtalmologie et l'ORL.

En plus de la réhabilitation qui consiste à mettre à niveau les hôpitaux de district et d'autres structures de soins existants, de nouveaux seront construits et équipés pour augmenter l'accès des populations aux soins intensifs de qualité de haut niveau.

Au niveau du système d'approvisionnement

Pour permettre et améliorer la prise en charge des patients à tous les niveaux, des stratégies doivent être développées pour rendre les médicaments et autres intrants des soins disponibles à tous les niveaux. Ces stratégies visent à renforcer les capacités d'approvisionnement de l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques en le dotant d'un fonds de roulement lui permettant d'assurer le renouvellement permanent des stocks. En outre pour assurer le contrôle de qualité des produits pharmaceutiques, chimiques et d'autres intrants de soins, l'équipement du Laboratoire National d'Analyse et d'Expertise (Lanspex) sera renouvelé, le personnel sera formé pour qu'il puisse répondre aux normes de contrôle de qualité exigées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Par ailleurs pour réduire la dépendance du pays en certaines molécules qui peuvent être fabriquées localement (les solutés et produits essentiels de premier niveau) le gouvernement entend développer la production locale.

Financement alternatif des soins pour l'accès équitable des populations aux services de santé de qualité

Pour faciliter l'accès aux soins et à des services de santé de qualité aux populations et surtout aux couches les plus défavorisées dont les femmes et les enfants de moins de 5 ans, des mécanismes alternatifs de financement de la santé seront mis en place. Ainsi l'Etat aura à maintenir et à renforcer la gratuité de soins aux enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, pour la planification familiale et promouvoir la mise en place des mutuelles de santé communautaires au niveau de tous les 42 districts sanitaires.

Pour assurer le remboursement régulier des frais liés à la gratuité de soins l'Etat inscrit chaque année dans la loi de finance une ligne budgétaire de l'ordre de huit milliards de francs (8 milliards). Ce montant par rapport aux besoins en financement de la gratuité des soins définis dans le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme 2011-2015 du MSP reste insuffisant. Ce montant est de près 10 milliards en 2012 et 2013 et de près de 11 milliards en 2014 et 2015. Ce complément de financement conformément aux principes de l'atteinte des OMD devrait être apporté par les ressources extérieures. De 2006 en 2011 seule l'Agence Française pour le Développement (AFD) alloue à l'Etat du Niger une subvention de l'ordre d'un milliard de francs CFA pour le remboursement des frais de la gratuité des soins. Le financement de l'AFD a été toujours utilisé comme subvention à la ligne budgétaire retenue pour le remboursement des frais de la gratuité. Ce qui entraîne toujours un écart de financement annuel pour le remboursement de la gratuité de soins de l'ordre de 2 à 3 milliards de francs CFA. Actuellement les services de santé enregistrent un retard de paiement de l'ordre de 14 Milliards ce qui fragilise la disponibilité des médicaments et des autres intrants au niveau de ses structures de soins menaçant de manière significative la qualité de soins.

Pour la mutualisation des populations pour leur accès financier aux services de santé, le gouvernement du Niger a adopté une loi sur les mutuelles de santé, à élaborer un draft de plan de stratégie de

développement des mutuelles de santé au Niger. Malgré l'existence de ces documents, le développement des mutuelles reste timide du fait de l'absence d'une politique et de l'insuffisance de financement accordé à la mise en œuvre des mutuelles de santé à tous les niveaux. Pour la généralisation du processus de la mutualisation, le financement reste insuffisant pour la mise en œuvre les actions suivantes :

- Etendre la couverture des mutuelles de santé dans toutes les régions du pays ;
- Contribuer à l'amélioration de l'environnement des mutuelles de santé ;
- Renforcer les mécanismes de financement des mutuelles de santé à base communautaire ;
- Renforcer les capacités techniques des mutuelles de santé ;
- Renforcer le dialogue entre les différents acteurs impliqués dans la mutualité ;

Les besoins de financement pour la mise en œuvre de ces stratégies sont estimés dans le plan stratégique à un montant de 10 milliards 868 millions de francs CFA.

Le Financement de la gestion basée sur les Résultats

Toujours au niveau du secteur pour amener les structures de soins et de santé à produire des soins et des services de qualité, le Ministère de la Santé Publique entend développer et mettre en œuvre la stratégie de la gestion du financement basée sur la performance. Pour la mise en œuvre de cette stratégie, le Ministère de la santé Publique entend d'abord effectuer des tests pilotes au niveau de quatre régions dont Maradi, Niamey, Tahoua et Zinder. Les activités de mise en œuvre vont couvrir seize dix sanitaires et dix huit centres de santé intégrés. Après les tests pilotes, selon les résultats obtenus le secteur procédera à une généralisation de l'approche au niveau de l'ensemble du pays. Pour la mise en œuvre des tests pilotes les besoins de financement ont été estimés à trois milliards 60 millions de francs CFA.

La recherche en Santé

Pour développer la recherche en santé au Niger, le Ministère de la Santé Publique envisage élaborer, une politique et un plan stratégique de la recherche, de réviser les textes législatifs et réglementaires de la recherche, de former le personnel de santé dans ce domaine et d'appuyer les activités de la recherche à tous les niveaux. Selon le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme les besoins de financement pour la mise en œuvre de ces activités sont estimés à 2 milliards 81 millions de francs CFA.

Annexe B : Tableau de couverture des besoins de financement du PDS

Tableau récapitulatif des besoins totaux, couverts et non couverts de financement du secteur de la santé dans les domaines prioritaires pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015

| Domaines d'Intervention | Besoins de Financement | Besoins Couverts | Sources de Financement | Besoins Non couverts | Observations |
|---|------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|
| Transformation des cases de santé en CSI type I | 6.150.000.000 | | | | |
| Réhabilitation des Centres de santé intégrés | 3.250.000.000 | | | | |
| Réhabilitation des hôpitaux de district | 1.600.000.000 | | | | |
| Construction des hôpitaux de district | 3.000.000.000 | | | | |
| Réhabilitation des centres nationaux de référence | | | | | |
| Construction des centres nationaux de référence | | | | | |
| Equipement des cases de santé transformées en CSI | | | | | |
| Equipement des Centres de Santé Intégrés | | | | | |
| Equipement des hôpitaux de districts | | | | | |
| Equipement des hôpitaux régionaux | | | | | |
| Equipement des centres de référence nationaux | | | | | |
| Dotations des services de santé de Motos | 1.160.000.000 | 154.725.000 | Etat, FC, Unicef, UNFPA | 1.005.275.000 | |
| Dotations des services de santé en ambulance | 1.080.000.000 | 454.125.000 | Etat, FC | 625.875.000 | |
| Dotations des services de santé en véhicule de supervision | 539.000.000 | 392.900.000 | Etat, FC | 146.100.000 | |
| Dotations des services de santé en véhicules pour la stratégie mobile | 966.000.000 | | | | |
| Dotations des services de santé en Radio BLU | 1.800.000.000 | | | | |
| Formation des spécialistes | | | | | |
| Formations des agents de santé de base | 2.333.250.000 | | | | |
| Formation sur des stratégies nouvelles | | | | | |
| Appui à la mise en œuvre de la gratuité des soins | 42.209.000.000 | 32.000.000.000 | Etat | 10.209.000.000 | |
| Appui à la mise en œuvre des mutuelles de santé | | | | | |
| Appui à la mise en œuvre du financement basé sur le résultat | 3.000.060.000 | 2.000.000.000 | MAPII | 1.000.000.000 | |
| Réalisation du contrôle de qualité des produits | | | | | |
| Appui à la recherche en santé | 2.000.081.000 | | | | |
| TOTAUX | 69 087 391 000 | 35 001 750 000 | | 12 986 250 000 | |

Annexe C : Tableau indicatif des contributions des interventions belges au PDS 2011-2015

| Axe stratégique PDS | Sous Axes | BUDGET PFAS (FCFA) | BUDGET CAI -II (FCFA) | BUDGET PARSS (FCFA) |
|--|---|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| AXE 1 Extension de la couverture sanitaire | 1. Mise à niveau des structures existantes | | | 1.961.000.000 |
| | 2. Construction des infrastructures sanitaires | | | 2.096.534.600 |
| | 3. Equipement des formations sanitaires | | | 2.026.000.000 |
| | 4. Maintenance des infrastructures et équipements sanitaires | | | 593.000.000 |
| | 5. Autres stratégies d'accès aux soins et services de santé ont été développées | | | 438.900.000 |
| Axe 2 Développement des services de la santé de la reproduction | 4. Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère, du nouveau-né et l'Enfant | | | 214.000.000 |
| Axe 3 : Dotation des structures sanitaires en ressources humaines qualifiées et motivées | 1. Adaptation de la formation initiale et continue | 1.699.625.700 | | |
| | 2. Développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences | | 63.955.808 | |
| AXE 4 : Assurer la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés de qualité | | | | |
| AXE 5 Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée | | | 98.393.550 | |

| | | | | |
|--|--|----------------------|---|----------------------|
| AXE 6 : Renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP | <p>6.1 Renforcement du management et de la décentralisation/ Décentralisation Gestion du Projet ;</p> <p>Appui au processus de planification et intégration des programmes verticaux ;</p> <p>Contribution à la réforme hospitalière</p> | 642.113.790 | <p>826. 177. 979</p> <p>337. 817. 855</p> <p>36. 357. 420</p> | 1.066.322.800 |
| AXE 7 : Développement des mécanismes du financement du secteur de la santé | <p>6.5 Amélioration du système de suivi évaluation (SNIS) Renforcement des mécanismes de coordination (revues) ; Appui à la supervision du niveau central vers les régions ; Appui à la supervision au niveau des districts sanitaires</p> | | <p>29. 518. 065</p> <p>85. 274. 410</p> | 262. 875. 000 |
| AXE 8 : La Promotion de la recherche en santé | <p>7.1 : Mobilisation de ressources pour le renforcement de l'offre des soins Appui au développement de la couverture universelle en santé (y compris les mutuelles de santé)</p> | | 368 975 813 | |
| | | | 126. 599. 701 | |
| | TOTAL en FCFA | 2 341 766 490 | 1 836 679 601 | 8 658 632 400 |
| | TOTAL en EUROS | 3 570 000 | 2 800 000 | 13 200 000 |