

REPUBLIQUE DU NIGER



FRATERNITE-TRAVAIL-PROGRES

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL**



PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PDS) 2011 – 2015

Draft final

Novembre 2010

Table des matières

Préambule.....	4
Glossaire des termes techniques utilisés	9
Résumé exécutif	11
Introduction	19
1. Contexte	20
1.1 Profils géographique, social, économique et politique du pays	20
1.2 Santé et pauvreté.....	21
1.3 Justification du PDS stratégique.....	21
2. Approche méthodologique	22
3. Analyse de la situation	23
3.1 Etat de santé de la population.....	23
3.2 Déterminants de la situation sanitaire.....	27
3.2.1 Politique de santé	27
3.2.2 Organisation et gestion du système de santé.....	28
3.2.3 Gestion du secteur pharmaceutique.....	30
3.2.4 Gestion des ressources du secteur	32
Ressources matérielles : infrastructures, équipements et maintenance	34
3.2.5 Système national d'information sanitaire (SNIS)	38
3.2.6 La participation communautaire.....	39
3.2 Synthèse des difficultés et contraintes majeures du secteur.....	41
4 Vision :	43
5 Objectifs et Axes stratégiques	43
5.1 Objectif général	43
5.2 Objectif spécifique.....	43
5.3. Principes d'intervention et Axes stratégiques	44
5.3.1. Principes d'intervention	44
5.3.2. Axes stratégiques.....	46
5.3.2.1 Etendre la couverture sanitaire	47
5.3.2.2 Développer les services de la santé de la reproduction	49
5.3.2.3 Doter les structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins	52
5.3.2.4 Assurer la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés de qualité	56
5.3.2.5 Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée	58
5.3.2.6 Renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP	61
5.3.2.7 Développer les mécanismes du financement du secteur de la santé	66
5.3.2.8 Promouvoir la recherche en santé.....	68
6 Résultats attendus : Chaîne des résultats et cadre logique	69
6.1 Chaîne des résultats	69
6.2 Le cadre logique axé sur les résultats	70
6.3 Produits et actions attendues	76
7 Conditions de réussite et risques	77
7.1 Les conditions de réussite.....	77
7.2 Les risques	78
8 Les réformes.....	79
9 Cadrage budgétaire et plan de financement	80

9.1 Estimation des besoins de financement du secteur de la santé dans le cadre du PDS 2011-2015	Erreur ! Signet non défini.
9.2 Besoins totaux de financement par niveaux	Erreur ! Signet non défini.
9.3 Evolution des dépenses publiques de santé	Erreur ! Signet non défini.
10 Estimation du coût du Compact	Erreur ! Signet non défini.
11 Planification de la mise en œuvre, suivi et évaluation	89
12.1 Processus de planification	89
12. 2 Modalités de mise en œuvre	90
11.3 Suivi et évaluation	90
12.3.1 Système de suivi et évaluation	90
12.3.2 Indicateurs de suivi et d'évaluation.....	91
12.3.3 Evaluation interne et externe	91
Bibliographie	92

Liste des tableaux

Liste des graphiques

Préambule

A l'instar du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010, le PDS 2011-2015 vise l'atteinte des objectifs de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à travers la revitalisation des soins de santé primaires.

Le présent plan qui est le 3^{ème} du genre après ceux de 1994-2000 et 2005-2010 est en cohérence avec les résolutions de la Conférence de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les systèmes de santé en Afrique, les 6 piliers définis par l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé, les Déclarations de Paris sur l'aide au développement, d'Alger sur la recherche en santé, de Libreville sur la santé et environnement, d'Addis Abéba sur la santé communautaire et celle d'Abuja sur le financement du secteur de la santé. Ce plan s'inscrit aussi dans la politique de santé pour tous au 21^{ème} siècle notamment l'Agenda 2020 et les orientations stratégiques de la région africaine de l'OMS 2010-2015.

En effet, les autorités sanitaires restent convaincues que la politique de soins de santé primaires longtemps soutenue dans le secteur, demeure la voie la plus efficace et la plus appropriée pour améliorer l'état de santé des populations nigériennes. Ce dernier est marqué par une forte mortalité des couches les plus vulnérables en particulier celle de la mère et de l'enfant due à une faible performance du système de santé et à l'insuffisance de prise en compte des déterminants de la santé dans la promotion de la santé.

Mais ce pari ne saurait être gagné en comptant sur les seules ressources de l'Etat, qui, du reste sont limitées d'où la nécessité d'une plus grande mobilisation de tous les acteurs du secteur. Outre l'augmentation significative attendue du budget de l'Etat, le Ministère de la santé publique compte sur un engagement plus accru des partenaires techniques et financiers et des collectivités locales. La participation communautaire, le développement plus soutenu des initiatives privées, l'amélioration de la gestion des services de santé, l'implication effective des secteurs connexes constituent également des facteurs essentiels pour relever ce défi. Afin de garantir les éléments essentiels de la mise en œuvre de l'approche sectorielle (un Plan, un cadre de financement, un rapport de suivi évaluation), un COMPACT Pays sera signé entre le Ministère de la Santé et les différents Partenaires Techniques et financiers en vue d'améliorer les performances du secteur.

Le droit à la santé étant consacré dans notre constitution, le PDS 2011-2015 traduit notre volonté de rendre effectif ce droit à travers les interventions planifiées dans huit axes stratégiques à savoir : (i) l'extension de la couverture sanitaire ; (ii) le développement des services de la santé de la reproduction ; (iii) la dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ; (iv) la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés; (v) l'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ; (vi) le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ; (vii) le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé et (viii) la promotion de la recherche en santé.

Au terme de l'exécution de ce PDS, nous attendons un secteur de la santé bien organisé de façon durable dans lequel tous les services et toutes les formations sanitaires sont fonctionnels et dispensent des soins de qualité non seulement au sein de la formation sanitaire elle-même

mais aussi au niveau des villages les plus éloignés à travers le développement des activités foraines et mobiles. Cette amélioration de l'accessibilité à des soins de qualité réduira la morbidité et la mortalité au sein de la population grâce à l'intensification des activités des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré adaptatifs.

Des résultats très importants sont attendus dans le domaine de la Santé de la Reproduction, car les taux de mortalité maternelle et de mortalité infanto juvénile dans notre pays sont parmi les plus élevés au monde. Un accent particulier sera mis sur les activités de planification familiale en vue d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants à travers l'espacement des naissances pour un développement harmonieux de notre pays.

Je suis convaincu que l'exécution de ce PDS permettra une amélioration très nette de tous les indicateurs sanitaires, particulièrement ceux liés aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ce plan a été validé au cours d'un atelier national de consensus, qui s'est tenu à Niamey les 26 et 27 octobre 2010, regroupant les principaux services du MSP, les services connexes, les collectivités, la société civile et les Partenaires Techniques et Financiers. Il a été adopté en Conseil des Ministres le2010. C'est le lieu pour moi, de transmettre mes sincères remerciements à tous les acteurs et à tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce précieux outil.

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

Je lance enfin un appel à tous nos partenaires techniques et financiers ainsi qu'à la société civile pour que chacun puisse s'inscrire dans l'esprit et la logique du Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, cadre idéal d'un partenariat fécond pour une meilleure santé de la population nigérienne.

Le Ministre de la Santé Publique

Liste des abréviations

\$ US	Dollar Américain
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AQ	Assurance Qualité
ARV	Anti-Rétro – Viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN 4	4 ^{ème} Consultation Pré Natale
CPNR	Consultation Pré Natale Recentrée
CPON	Consultation Post Natale
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CTNS	Comité Technique National de Santé
DBC	Distribution à Base Communautaire
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DOTS	Direct Observation Therapy Survey
DPHL/MT	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de Médecine Traditionnelle
DQS	Data Quality Survey
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Equipe Cadre du District
EDSN	Enquêtes Démographiques et de Santé Nationales
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FED	Fonds Européen pour le Développement
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GDISS	Gestion des Déchets Issus des Soins de Santé
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HD	Hôpital de District
HN	Hôpital National
HTA	Hypertension Artérielle
IAS	Infections Associées aux Soins
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information, Education, Communication
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MCS	Méningite Cérébro-Spinale
MEG	Médicament Essentiel Générique
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey

MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MILDA	Moustiquaire imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MRR	Maternité Régionale de Référence
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
NTICs	Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPM	Ouvrier Polyvalent de Maintenance
OS1/RI1	Objectif Spécifique 1/Résultat intermédiaire 1
OS2/RI2	Objectif Spécifique 2/Résultat intermédiaire 2
OS3/RI3	Objectif Spécifique 3/Résultat intermédiaire 3
OS4/RI4	Objectif Spécifique 4/Résultat intermédiaire 4
PAA	Plan d’Action Annuel
PCA	Paquet Complémentaire d’Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDSD	Plan de Développement Sanitaire du District
PDSR	Plan de Développement Sanitaire Régional
PEC	Prise en charge
PEH	Projet d’Etablissement Hospitalier
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PHI	Pediatric Health Improvment (amélioration de la qualité des soins pédiatriques)
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNSPSR	Plan National de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère - Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PENTA	Vaccin contre : Diphtérie, Coqueluche, Tétanos, Hépatite B et le Hib
QUIBB	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de Base
RDP	Revue des Dépenses Publiques
RHS	Ressources Humaines en Santé
SAJ	Santé des Adolescents et des Jeunes
SDRP	Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SFDE	Sage-femme Diplômée d’Etat
Sida	Syndrome d’Immunodéficience acquise
SNIS	Système National d’Informations Sanitaires
SNU	Système des Nations Unies
SONE	Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d’Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d’Urgence Complets
SPT	Stratégies Plaintes Traitements
SR	Santé de la Reproduction

SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
SRP	Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
SSRAJ	Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et des Jeunes
TBC	Tuberculose
TETU	Tri, Evaluation et Traitement d'Urgence
THA	Technicien d'Hygiène et d'Assainissement
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
TSR	Technicien Supérieur en Radiologie
TSO	Technicien Supérieur en Soins Obstétricaux
UNIPAC	Centrale d'achat Unicef
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
Vit A	Vitamine A

Glossaire des termes techniques utilisés

Aire de Santé	Définie la zone d'attraction des populations vers une formation sanitaire. A la différence de la couverture sanitaire, elle ne se calcule pas par rapport à une aire géographique standardisée (rayon de 5 Km autour d'un CSI) mais en fonction de la provenance des populations fréquentant le centre. Un obstacle naturel, (montagne, fleuves) peut empêcher les populations de fréquenter une formation sanitaire géographiquement proche, une bonne voie de communication (ou un infirmier compétent) peut les amener à fréquenter une formation sanitaire plus éloignée.
Gestion Axée sur les Résultats (GAR)	La GAR est une stratégie ou méthode de gestion appliquée par une organisation pour veiller à ce que ses procédures, produits et services contribuent à la réalisation de « résultats » clairement définis
Couverture Prénatale	Nombre des femmes enceintes qui ont subi quatre visites prénatales. Rapporté au nombre de femmes enceintes, on parle de taux de couverture prénatale.
Compact	Il est un accord négocié et signé pour une durée déterminée par lequel tous les partenaires s'engagent à mettre en œuvre et à respecter les priorités nationales de santé définies et décrites dans la stratégie nationale de la santé. Les signataires du pacte national acceptent donc que tous les investissements actuels et futurs se fondent sur la stratégie nationale de santé, unique et validée, orientée sur les résultats, avec des coûts chiffrés, des critères clairs de performance pour toutes les parties et contrôlée et évaluée d'une manière transparente aux fins d'une responsabilisation mutuelle.
Couverture Postnatale	Nombre de femmes ayant accouché et qui ont subi une visite médicale dans le mois qui a suivi leur accouchement. Rapporté au nombre de femmes qui ont accouché, on parle de taux de couverture postnatal.
Couverture Sanitaire	Au Niger, la couverture sanitaire définit le nombre de personnes habitant dans un rayon de 0 à 5 Km autour d'un Centre de Santé Intégré. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire.
Couverture vaccinale	Nombre d'enfants de moins d'un an qui ont reçu une ou plusieurs vaccinations. En fonction du vaccin, on parle de couverture BCG, Polio, Penta anti - rougeoleux, etc., ou de couverture totale lorsque l'enfant a reçu toutes les vaccinations. Rapporté au nombre d'enfants de moins d'un an, on parle de taux de couverture vaccinale.
Genre	Le Genre veut mettre en évidence le fait que les rôles féminins et masculins ne sont pas définis par le sexe (caractères biologiques) mais évoluent différemment suivant les situations sociales, culturelles et économiques. En fait avec l'idée de Genre, on évite de considérer de manière séparée soit les femmes soit les hommes. La situation respective des uns ne peut se comprendre que par rapport à l'autre sexe et qu'en fonction des structures de vie dans lesquelles chaque individu est inséré.
Indice Synthétique de Fécondité	Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme a eu (ou aura si rien ne change) au cours de sa vie procréative (7,1 pour le Niger).
Létalité	Nombre de sujets décédés d'une maladie, rapporté à la morbidité spécifique sur une période donnée, on parle de taux de létalité
Morbidité	Nombre de sujets ayant été malades toutes causes confondues. On parle aussi de morbidité spécifique selon la maladie. Ou, lorsque l'on rapporte ce chiffre à la taille de la population pendant une période considérée, de taux de morbidité spécifique
Mortalité	Nombre de sujets décédés toutes causes confondues. La mortalité se calcule en général sur 1 an, rapporté à la taille de la population pendant la période

	considérée, on parle de taux de mortalité.
Mortalité Infantile	Mortalité spécifique chez les enfants de 0 à 11 mois.
Mortalité Infanto Juvénile	Mortalité spécifique chez les enfants de moins de 5 ans.
Mortalité Maternelle	Mortalité des femmes liée à l'accouchement ou aux suites immédiates de l'accouchement.
Paquet Minimum d'Activité	Liste des actes médico - techniques qui doivent être pratiqués dans une formation sanitaire. Cette liste est variable selon les niveaux de la pyramide sanitaire, limitée pour les cases de santé, la plus complète possible pour les infrastructures de référence nationales.
Prévalence contraceptive	Nombre de femmes en âge de procréer qui utilisent une méthode moderne de contraception. Données généralement issues d'enquêtes ponctuelles qui comptent le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive le jour de l'enquête. Rapporté au nombre de femmes visitées au cours de l'enquête, on parle de taux de prévalence contraceptive.
Santé de la Reproduction	C'est l'ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de bien être physique, mental et social et non seulement en l'absence de maladies ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction.
Stratégie fixe	Stratégie qui consiste à fournir des soins au sein d'une formation sanitaire.
Stratégie foraine	Stratégie qui amène l'infirmier d'un CSI à se déplacer (en moto généralement) au sein de villages distant de 5 à 15 Km de sa formation sanitaire pour y apporter des soins
Stratégie mobile	Stratégie qui amène une équipe à se déplacer (en véhicule) au sein de villages situés au-delà de 15 Km d'un CSI pour y apporter des soins.
Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB)	Outil d'analyse de coût, de planification et de budgétisation pour une gestion des services de santé orientée vers les résultats basés sur les évidences scientifiques, dans les pays en voie de développement.

Résumé exécutif

Après l'adoption de la Déclaration de Politique sectorielle de santé en conseil de Cabinet, le Ministère de la santé publique (MSP) du Niger a défini en 2002, les orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle (2002-2011). Puis le Niger a élaboré et mis en œuvre le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 assorti d'un Plan de Travail Quinquennal (PTQ) pour la même période. Ce plan dont l'objectif principal était de réduire la mortalité maternelle et infanto juvénile à partir des potentialités existantes a fait l'objet en 2008 d'une évaluation à mi-parcours (externe et interne) dont les principaux résultats ont mis en exergue un système de santé sous financé et dont l'offre de services est encore insuffisante et déséquilibrée. Cependant, selon le rapport d'exécution du PDS de 2009, des améliorations ont été notées parmi lesquelles le taux d'utilisation des soins curatifs qui est passé de 20% en 2005 à 46,2% en 2009, celui de la prévalence contraceptive de 4,5% à 16% et le taux d'accouchements assistés de 16% à 34% selon l'enquête nutrition et survie de l'enfant 2009.

Pour consolider les acquis, en évitant une rupture dans le processus de planification, le MSP a entrepris l'élaboration d'un nouveau PDS pour la période 2011-2015 et d'un Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) ainsi que la signature d'un COMPACT avec tous les partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé.

Le processus d'élaboration du présent PDS, focalisé sur l'atteinte des objectifs de la SDRP 2008-2012 et des OMD en 2015, a été réalisé selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et sur le Genre avec le concours d'experts nationaux et internationaux. Il a été conduit essentiellement en 6 étapes à savoir : (i) la mise en place des différents comités, (ii) l'élaboration des orientations stratégiques, (iii) la rédaction du PDS stratégique et du CDSMT, (iv) l'élaboration des documents connexes : carte sanitaire, PDS, PQ, PEH, PDSR, PDRH..., (v) la transmission du PDS au Gouvernement pour adoption et (vi) la signature du COMPACT Pays.

L'ensemble du processus est mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé...).

L'analyse de la situation réalisée en vue de l'élaboration de ce nouveau PDS a permis d'identifier des goulots importants sur une trame de fond faite de la pauvreté pour une majorité de la population et de comportements socioculturels néfastes à la santé.

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

- Faiblesse des ressources humaines en quantité, qualité et distribution géographique ;
- Faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants à tous les niveaux ;
- Carences dans la gestion de la maintenance des bâtiments et équipements ;
- Insuffisance de l'approche communautaire vue sous les angles de l'implication des ménages et relais communautaires, de l'effectif des Agents de Santé Communautaire (ASC), de leur formation et des modes de leur rétribution à pérenniser ainsi que sur celui de la rationalisation de l'utilisation des cases de santé ;
- Insuffisance de la qualité des soins et des prestations, en particulier pour ce qui est de l'accueil, du comportement des prestataires vis-à-vis des patients et de l'organisation

des soins (insuffisance d'intégration des soins, faiblesse de la référence et contre référence, ...) ;

- Insuffisance des capacités institutionnelles du MSP qui peut expliquer la tendance du niveau central à se focaliser sur des activités opérationnelles plutôt que sur des interventions stratégiques de conception, de recherche et de suivi-évaluation ;
- Comportement pro nataliste et les pesanteurs socioculturelles (faible niveau d'instruction, mariage précoce, ...).

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

- Insuffisance d'intégration des programmes verticaux ;
- Insuffisance de couverture sanitaire pour l'accès universel aux services Santé de la Reproduction (SR) de qualité : la Planification Familiale (PF), le suivi de la grossesse normale et à risques, le développement de la Prévention de la Transmission Mère – Enfant du VIH (PTME), le Programme Elargi de Vaccinations (PEV), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et la nutrition ;
- Retards de remboursement des fonds utilisés pour la gratuité des soins ;
- Faible fonctionnalité de la référence contre référence entravant la continuité et qualité des services en particulier pour les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet (SONUC).

Ces aspects, qui influent significativement sur l'atteinte des objectifs, sont à prendre en compte pour donner leur pleine efficacité/efficacités à la réalisation des interventions prioritaires et des activités à haut impact sur lesquelles le PDS entend mettre l'accent.

Il convient aussi de relever les obstacles majeurs suivants :

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

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

Objectif général :

Le cadre général retenu dans la déclaration de la politique sectorielle de santé 2002-2011, en harmonie avec la SDRP 2008-2012 et les OMD demeure la référence. C'est pourquoi, l'objectif général que s'assigne le Niger est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé.

Objectif spécifique :

Afin de répondre à cet objectif général, l'objectif spécifique assigné au PDS 2011-2015 est d'offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables.

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

- **L'extension de la couverture sanitaire** qui privilégiera la mise à niveau et la fonctionnalité de l'existant; un certain nombre d'investissements seront réalisés (infrastructures et équipements) de même que des stratégies fixes, foraines et mobiles seront développées pour accroître l'accessibilité des populations aux services et soins de santé ;
- **Le développement des services de la santé de la reproduction** qui se fera à travers cinq paquets d'interventions axés sur l'amélioration de la Planification familiale, des services de la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ), de la prise en charge de la santé de l'enfant, de la mère et du nouveau-né et de la prise en compte de la santé de l'homme ;
- **La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins** qui passera par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines et du Plan de Développement des Ressources Humaines 2011 – 2020 (en cours d'élaboration) axé sur l'adaptation de la formation initiale et continue, le développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences, le développement des pratiques de recrutement et de redéploiement, la gestion et la planification des carrières, le renforcement de la motivation des agents ;
- **L'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés** qui se fera à travers le renforcement de la logistique d'approvisionnement, le développement des technologies biologiques et scientifiques et le respect effectif des textes pharmaceutiques à tous les niveaux ;
- **L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée** qui passera par le renforcement des interventions existantes et le développement de stratégies opérationnelles dans des domaines non encore couverts (Hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, cancers, ...), la poursuite de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé et la promotion de la santé. Un accent particulier sera mis sur la sensibilisation des populations sur les principaux facteurs de risque des maladies. Les effets du changement climatique seront pris en compte dans les prévisions sanitaires. Pour améliorer l'efficacité des services hospitaliers la Télémédecine sera étendue.
- **Le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé** qui passera par la consolidation de la décentralisation/déconcentration, le renforcement de l'approche qualité, l'amélioration de la gestion des ressources financières et du système de suivi et évaluation. L'accent sera également mis sur le renforcement des capacités, la gestion de l'information

sanitaire, la prise en compte du genre, la contractualisation, la multisectorialité, la supervision facilitante, le développement de la communication et de la participation communautaire.

- **Le développement des mécanismes de financement du secteur** de la santé qui visera à renforcer l'offre de soins et à solvabiliser la demande tant pour permettre l'accès aux services que pour assurer la viabilité des structures. Pour y parvenir l'Etat développera un partenariat avec la population et les partenaires techniques et financiers. Ce partenariat sera développé à travers la poursuite de l'approche sectorielle déjà entamée afin de regrouper tout le soutien financier et technique au secteur dans un cadre commun de planification et de gestion s'articulant autour d'un programme de dépenses gouvernementales. La signature du COMPACT actera les engagements financiers des PTF aux côtés des efforts consentis par l'Etat. Par ailleurs, des mécanismes alternatifs de financement de la santé seront développés. Dans ce cadre, l'attention sera portée sur la promotion de mutuelles de santé, d'un système de prise en charge des personnes âgées et des démunies, la promotion de l'assurance maladie et la mobilisation des fonds mondiaux de financement de la santé dont les fonds GAVI et le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. En attendant la création d'un Fonds Social, la gratuité des soins sera maintenue et élargie à des prestations telles que l'accouchement normal, la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, le traitement des pathologies intercurrentes chez les PvVIH et les tuberculeux.
- **La promotion de la recherche en santé** qui passera par le renforcement du cadre législatif et réglementaire, des capacités des structures et de la coordination en matière de recherche en santé.

Ces axes prioritaires sont traduits en stratégies d'intervention, interventions prioritaires/à haut impact. Sur la base de ces éléments les structures opérationnelles (districts, régions sanitaires, Maternités de Référence, Centres Hospitaliers Régionaux, les EPA et les EPIC) vont élaborer leur plan quinquennal de développement. Ces plans feront apparaître les objectifs spécifiques à chacun, les activités qui seront effectivement menées par chaque niveau et les responsabilités des acteurs.

Mais l'atteinte de ces objectifs suppose la poursuite des réformes, la mise en œuvre de stratégies innovantes engagées dans le cadre du PDS 2005-2010, et le lancement d'un certain nombre d'autres que le Ministère de la Santé Publique aura la charge de coordonner.

Parmi les réformes notables effectuées ou en cours on peut citer celles des secteurs hospitalier et pharmaceutique, l'introduction de la gratuité des soins depuis 2006 ou l'introduction de l'approche sectorielle avec la création du Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du PDS (financement des PAA). Ces réformes et stratégies restent d'actualité et s'insèrent dans le cadre défini par le PDS 2011-2015. Elles seront donc maintenues et renforcées. D'autres qui répondent aux besoins définis par le présent PDS viendront les compléter. Elles ont été classées en trois groupes de priorité en fonction du soutien politique, de la faisabilité et de leur impact sur les différents axes stratégiques. Ce qui inclut particulièrement :

Priorité 1 :

- La mise en place des mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et de nombre élevé de CSI
- Le financement basé sur les résultats / la gestion axée sur la performance ;
- Le développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé ;
- L'organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour le besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux ;

Priorité 2:

- La mise en place d'un dispositif d'amélioration de la qualité dans le système de santé y compris la création des comités pharmaceutique, thérapeutique et de recherche au niveau de chaque établissement hospitalier et la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires ;
- La création d'un Fonds social qui, à terme devrait inclure le dispositif de gratuité des soins ;
- La réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC par la définition des nouvelles missions de services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires techniques et financiers et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure de jouer pleinement son rôle ;

Priorité 3 :

- La mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale
- La création d'un observatoire national de santé ;
- Le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs ;

Le coût total du PDS pour la période 2011-2015 a été estimé à **1 101, 659 milliards FCFA**, soit 220,33 milliards FCFA en moyenne annuelle. Ce coût inclut l'ensemble des besoins de financement à couvrir pour la mise en œuvre des interventions prioritaires en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il a été évalué sur la base des comptes nationaux de la santé 2005-2006 et des activités et interventions de santé supplémentaires à haut impact prévues dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Le logiciel MBB a été utilisé pour élaborer le cadrage des dépenses (CDMT) et les estimations des coûts sur la base d'objectifs spécifiques assignés à un grand nombre d'indicateurs de service.

Dès l'année 2011, il est prévu une augmentation de la dépense de santé de 17,68% par rapport à son niveau de 2010¹ (163,932 milliards FCFA), pour atteindre 192,920 milliards. Par axe stratégique, cette augmentation est relativement importante pour les axes : extension de la couverture sanitaire (+43,74% soit 6,969 milliards), de lutte contre les maladies (+16,2% soit 5,979 milliards) et de gouvernance et leadership (+78,86% soit 4,115 milliards) - voir tableau N°1. Par nature de dépenses, celles d'investissement augmenteraient de 16%, soit 9,465 milliards et celles de fonctionnement de 21,05%, soit 17,2 milliards.

En 2015, les dépenses globales atteindraient 247,745 milliards FCFA, soit une progression totale de 51,12% par rapport à 2010. Le pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé passerait ainsi de 5,99% en 2010 à 6,21 % en 2015. Cette évolution est le reflet des interventions du PDS axées prioritairement sur la fonctionnalité de l'existant et l'intensification progressive des activités en faveur des populations cibles des OMD.

Ainsi, la dépense globale de santé par habitant passerait de 10 637 FCFA à 13 660 FCFA ou 21,2 \$ US à 27,3 \$ US contre 27 \$ US pour les pays à faible revenu en 2007 à dollars constants. Elle restera inférieure au niveau recommandé par l'OMS pour prendre en charge les besoins essentiels de santé qui était de \$34 par habitant en 2000².

Face à ces coûts, les financements ont été évalués sur la base du cadrage des dépenses sectorielles à moyen terme (2011-2015) qui a repris les scénarios macro-économiques fournis par le Ministère de l'Economie et des Finances. Sur la base de trois scénarios (croissance économique faible, moyenne ou forte), les financements projetés s'échelonnent entre 889 milliards FCFA selon le scénario de faible croissance et 1 174 milliards pour le scénario de forte croissance. Le scénario dit « de référence » projette un financement global de 1077 milliards, donc un manque de financement de 23 milliards par rapport aux besoins. Parmi les hypothèses qui président à ces projections on peut citer l'augmentation de la part du budget de l'Etat alloué à la santé de 9,5% en 2010 à 13,4% en 2015.

Tableau I: Répartition des besoins totaux de financement par axe stratégique du PDS 2011-2015 (en millions de FCFA)

Axes stratégiques	2010*	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
1. Couverture sanitaire	8 963	15 932	16 463	16 995	17 526	18 057	84 973	7,7%
2. Santé de la reproduction	50 936	57 076	62 803	68 529	74 256	79 984	342 649	31,1%
3. Ressources humaines	17 985	20 763	23 278	25 793	28 308	30 824	128 966	11,7%
4. Médicaments et autres intrants	43 445	46 359	47 815	49 272	50 729	52 186	246 361	22,4%
5. Lutte contre les maladies	36 887	42 866	45 163	47 459	49 755	52 052	237 294	21,5%
6. Gouvernance et Leadership	5 218	9 333	10 545	11 767	12 944	14 121	58 710	5,3%
7. Mécanismes du financement	90	180	145	100	100	100	625	0,1%
8. Recherche en santé	407	411	414	416	419	421	2 081	0,2%

¹ Celle-ci a été établie à partir des Comptes Nationaux de la Santé de 2005-2006 et de données complémentaires.

² Cette dépense devrait être réactualisée pour tenir compte de l'évolution des parités et des déflateurs de PIB entre 2000 et 2010. Il est vraisemblable que les 34 dollars de 2000 sont désormais assez nettement supérieurs en dollars actuels (de l'ordre de 20 à 30% probablement).

Total	163 932	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659	100%
--------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------

** Projection à partir des CNS 2006 (Taux moyen 2004-2006)*

La mise en œuvre de ce PDS, focalisée sur la réalisation des interventions prioritaires et des activités à haut impact devrait permettre d'obtenir les impacts suivants :

Tableau II: Indicateurs OMD et cibles de 1998 à 2015

OMD Santé	Indicateurs	1998	2006	Données de base (2010)	Cibles OMD	Cibles PDS 2011-2015
Réduire de 198 ‰ en 2006 à 114 ‰ en 2015 la mortalité des enfants de moins de 5.	Taux de mortalité infanto juvénile	274‰	198 ‰	198 ‰	108,7‰	114 ‰
Réduire de 648 p. 100 000 en 2006 à 405 p. 100 000 en 2015 la mortalité maternelle.	Taux de mortalité maternelle (p. 100 000 NV)	700 pour 100 000 naissances vivantes	648 pour 100 000 naissances vivantes	648 pour 100 000 naissances vivantes	175 pour 100 000 naissances vivantes	405 pour 100 000 naissances vivantes
Inverser la tendance actuelle d'évolution des IST/VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose.	Taux de prévalence VIH/sida dans la population générale	0,87%	<0,7%	<0,7%	<0,7%	<0,7%
	Taux d'incidence du paludisme ³ (p. 1000)	51,45‰	47,88‰	154,8‰	-	100‰
	Taux de dépistage de la tuberculose			60%	-	70%

³. Sources PNLN : Il s'agit ici du nombre de cas de paludisme présumés déclarés par les formations sanitaires.

Introduction

Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 constitue le plan de mise en œuvre de la politique nationale de santé pour les cinq années à venir. Il est en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Document de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012, le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) et les orientations stratégiques définies par le Ministère de la santé pour la période 2002-2011.

En effet, le PDS 2011-2015 vise l'atteinte des Objectifs du Développement du Millénaire dont six (6) sur les huit (8) sont directement en rapport avec la santé. Il s'agit de :

- Eliminer l'extrême pauvreté et la faim (réduire de moitié la malnutrition d'ici 2015);
- Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans (réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015);
- Améliorer la santé maternelle (réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015) ;
- Combattre le VIH/ Sida, le Paludisme et d'autres maladies (arrêter la propagation du VIH/Sida et inverser la tendance actuelle d'ici 2015; maîtriser le paludisme et inverser la tendance ;
- Assurer un environnement durable (réduire de moitié d'ici 2015 le % 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 (rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique).

Quant au document de Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la pauvreté qui est un cadre de programmation d'actions concertées de développement socio-économique du pays, il ambitionne d'atteindre en 2012 entre autres les cibles ci-après dans le domaine sanitaire:

- Un taux de malnutrition (insuffisance pondérale) de 24% ;
- Un taux de mortalité infanto juvénile de 108‰ ;
- Un taux de mortalité maternelle de 200 pour 100.000 naissances vivantes ;
- Un taux de prévalence du VIH SIDA en dessous de 0,7% ;
- Un taux d'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticides chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes de 35%.

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

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

1. Contexte

1.1 Profils géographique, social, économique et politique du pays

Les principales caractéristiques du Niger sont bien connues : vaste pays enclavé sahélo saharien (1.267.000 km²), en grande partie désertique (plus de la moitié du pays), souffrant d'une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et l'espace.

Selon la projection démographique du RGPH 2001, sa population est estimée en 2010 à 15 203 822 d'habitants, dont 80 % résidant en zone rurale. La densité moyenne de population est de l'ordre de 10 habitants/km² avec une disparité importante entre les différentes régions du pays : plus de 75 % de la population vit dans moins de 40 % du territoire national, environ 15 % est nomade. La proportion des jeunes âgés de 10 à 24 ans est de 29,8% et celle des femmes est de 50,1% (RGPH 2001 mise à jour 2006).

Bien qu'en légère régression (7.5 enfants/femme en 1988), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7.1 enfants/femme (EDS 2006), constituant une préoccupation majeure pour la santé aussi bien des femmes que des enfants. Il induit un taux d'accroissement démographique de 3.3%/an, un des plus élevés du monde, avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant de ce fait la paupérisation du pays.

Le taux global d'alphabétisation est de 20 % avec un taux de scolarisation dans le primaire de 56 % chez les garçons et de 40 % chez les filles.

Le PIB était de 1 850 milliards de FCFA (3,7 milliards d'US\$) en 2007, soit 270 US \$ par personne et par an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral (40 %), largement dépendant des conditions climatiques, et les services administratifs (43 %). Le secteur minier sur qui reposent des espoirs fondés, ne participe actuellement qu'à 4 % de la richesse nationale produite.

Le contexte politique et administratif se décline selon un multipartisme intégral et une décentralisation qui incluent :

- une dimension administrative et politique à travers la réorganisation de la carte administrative et le transfert de certaines compétences de l'Etat aux entités décentralisées ;
- une dimension sociale notamment par la dévolution de certaines responsabilités à des acteurs non étatiques ;
- une dimension économique avec l'émergence d'un secteur privé par la libéralisation et le désengagement de l'Etat des domaines concurrentiels.

Les Collectivités territoriales (Région, département, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration (Loi 2002-12 du 11 juin 2002). Seule la Commune, collectivité la plus proche des citoyens, est aujourd'hui opérationnelle. Elle est considérée comme l'entité la plus apte à assurer les services publics de proximité qui ne relèvent pas de l'Etat, de la Région ou du Département.

1.2 Santé et pauvreté

Le Niger est considéré comme étant l'un des pays les plus pauvres du monde : selon le nouveau profil de pauvreté basé sur le « Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels » (DSBE) et les résultats de l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de Base) réalisée en 2005, la pauvreté toucherait 62 % de la population nigérienne avec une incidence plus élevée en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (52%) et une disparité importante selon les régions : 79.7 % à Maradi, 46 % à Agadez et 27 % à Niamey. Par ailleurs, « en 2005, plus de neuf personnes sur dix sont considérées comme vulnérables à la pauvreté »⁴.

Il est admis que la pauvreté mène à un mauvais état de santé en limitant l'accès et l'utilisation des services : les pauvres consacrent en moyenne individuellement à la santé 1 439 FCFA, soit 2.3% de leur revenu, contre 8 018 FCFA pour les personnes plus aisées, soit 3.6% de leur revenu⁵. Cette disparité est accentuée par le poids écrasant que supportent les ménages dans le financement de la dépense globale de santé (47% selon les CNS 2005-2006).

Il est également avéré qu'un mauvais état de santé contribue à la pauvreté par le paiement direct du coût des soins par le patient, accroissant d'autant la vulnérabilité : faute de protection sociale, les ménages assurent l'essentiel des paiements directs (97% des dépenses).

Il est patent que le niveau élevé de morbidité constitue un obstacle à la productivité et à la croissance économique. Il est enfin largement reconnu que de faibles états de santé et de nutrition associés à une fécondité élevée constituent des facteurs clés de la pauvreté⁶.

Ce lien étroit de cause à effet entre santé et pauvreté doit amener les décideurs à en faire une priorité majeure en matière de développement socio-économique du pays avec un regard particulier en direction de la santé des pauvres. La capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des pauvres, à assurer leur participation à la conception, à la planification et au suivi des services de santé et sa responsabilisation par rapport aux objectifs sociaux sont des défis majeurs auxquels il doit faire face.

C'est donc à juste titre que l'un des axes prioritaires de la Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (SDRP) est l'accès équitable aux services sociaux de base dont la santé. Le PDS 2005-2010 ainsi que le PDS 2011-2015 qui va lui succéder constituent la réponse du secteur de la santé à la SDRP 2008-2012 qui s'est inscrite dans la réalisation des OMD à l'horizon 2015.

1.3 Justification du PDS stratégique

Le processus de planification sanitaire initié au Niger à partir des années 1990 a permis d'élaborer un premier Plan de Développement Sanitaire (PDS) pour les années 1994-2000 puis un deuxième pour la période 2005-2010. Après trois années de mise en œuvre, ce PDS a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui a relevé des insuffisances majeures telles que :

⁴ SDRP, version résumée.

⁵ Profil de la pauvreté issu de QUIBB 2005.

⁶ Profil du système de santé du Niger, OMS (2008).

- Absence de structuration superposable aux OMD ou, à tout le moins, de liens précisés entre les programmes et activités et les différents OMD ;
- Absence de stratégies clairement définies, tant sur un plan général qu'en regard des différentes actions à entreprendre ;
- Absence de priorisation opérationnelle des actions à entreprendre pour l'atteinte des OMD;
- Conception centralisée du Plan et de ses déclinaisons opérationnelles n'autorisant pas les niveaux intermédiaire et périphérique à exprimer valablement leurs potentialités.

Ces insuffisances ont limité les performances du système dans la réalisation des engagements internationaux relatifs aux OMD, aux déclarations des Sommets d'Abuja et de Paris respectivement sur l'augmentation à 15% de la part du budget du Ministère de la santé dans le budget de l'Etat et l'efficacité de l'aide publique au développement.

Le PDS 2011-2015, PDS « stratégique », revient à sa vocation principale et logique de document de stratégie à l'endroit des différents acteurs à tous les niveaux du système de santé. Il ambitionne d'accélérer l'atteinte des objectifs assignés au secteur, en particulier vis-à-vis des OMD. Il doit permettre à chaque acteur, en fonction de ses réalités locales, et dans le respect des stratégies établies au niveau national, d'élaborer des plans opérationnels à moyen terme, exécutés à travers des plans d'action annuels permettant d'atteindre les objectifs nationaux fixés dans le PDS. Des directives annuelles de planification émanant du niveau central ajusteront les efforts des structures régionales et opérationnelles en fonction des performances réalisées.

L'efficacité de la mise en œuvre d'une telle stratégie nécessite un niveau central performant et un dispositif institutionnel adapté et renforcé dans ses capacités d'organisation, de planification et de gestion du système national de santé.

2. Approche méthodologique

L'ensemble du processus a été mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé...).

Le processus global d'élaboration du PDS, focalisé sur l'atteinte des objectifs de la SDRP 2008-2012 et des OMD 2015, a été réalisé selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et sur le Genre avec le concours des experts nationaux .Il a été conduit en 7 étapes :(i) mise en place des différents comités, (ii) élaboration des orientations stratégiques, (iii) rédaction du premier draft du PDS stratégique et élaboration du CDSMT, (iv) élaboration des documents connexes : carte sanitaire, PDS, PQ,PEH, PDSR, PDRH..., (v) finalisation du PDS stratégique 2011-2015, (vi) adoption du PDS par le Gouvernement et (vii) signature du COMPACT Pays.

Sur le plan organisationnel, le MSP a mis en place deux comités ad hoc : (i) Comité Technique d'élaboration du PDS placé sous l'autorité du Secrétariat Général du MSP et chargé de l'élaboration du document stratégique, de l'appui aux structures déconcentrées et du recrutement des consultants et (ii) Comité de pilotage regroupant l'ensemble des acteurs (MSP, autres ministères, PTF, secteur privé...) avec, pour rôle, de valider les documents et propositions élaborés par le Comité Technique. Pour des raisons pratiques, le comité

technique a mis en place un groupe de travail appelé " Comité technique restreint" chargé de l'élaboration des propositions.

L'élaboration des orientations stratégiques (objectifs, résultats et stratégies) a été réalisée à travers : (i) une analyse de la situation réalisée selon les 6 buildings blocks relatifs à la santé définis par l'OMS qui a permis, à partir de la lecture d'un ensemble d'environ 40 documents (stratégies et politiques nationales, rapport de suivi et évaluation, rapports d'études ...) ayant réalisé des analyses sous sectorielles, d'identifier les principaux problèmes auxquels le secteur est confronté, (ii) une analyse causale des problèmes identifiés en utilisant l'outil « Arbre à problèmes », ce qui a permis de déterminer le problème central, (iii) l'élaboration des objectifs à travers l'arbre à objectifs, (iv) la définition et la description des principaux axes stratégiques et des différentes stratégies retenues pour la mise en œuvre du PDS en se référant, entre autres, aux documents de stratégies sectorielles existants, (v) l'élaboration de la chaîne de résultats, (vi) l'élaboration du cadre logique du PDS 2011 - 2015 y compris la sélection des indicateurs et la fixation des cibles à atteindre. A chaque étape, une validation des documents produits a été effectuée par le comité technique, en particulier pour l'identification des principaux problèmes, la fixation des objectifs et la détermination des stratégies et indicateurs. Tous les documents produits ont été soumis aux responsables des structures déconcentrées pour amendement.

La rédaction du premier draft du PDS stratégique et l'élaboration du CDMT, pour laquelle l'application de l'outil MBB a été mise à contribution, ont été réalisées avec le concours de deux équipes de consultants (internationaux et nationaux) recrutées grâce à l'appui des partenaires. Dans ce cadre, chaque équipe de consultants a effectué trois missions de travail d'une à deux semaines avec le comité technique restreint.

La disponibilité des orientations stratégiques a permis l'élaboration de la carte sanitaire, des PDSD, des PDSR, des PEH, des plans quinquennaux des structures de référence nationale et du Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH). Pour renforcer le processus de décentralisation dans le secteur, il a été décidé, dans le respect des directives et orientations nationales, d'accorder davantage de responsabilités aux structures déconcentrées (définition des objectifs locaux, sélection des stratégies adaptées au contexte...) dans l'élaboration des plans quinquennaux de développement sanitaire.

La consolidation de ces différents documents avec le premier draft du PDS et du CDMT, a abouti à l'élaboration de la version finale du PDS et du CDMT qui a été transmise pour adoption par le Gouvernement avant signature du COMPACT entre le Ministère de la santé et les partenaires du secteur.

3. Analyse de la situation

3.1 Etat de santé de la population

Malgré la volonté politique maintes fois affichée et les efforts déployés depuis des années, la situation sanitaire reste préoccupante et est marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles endémiques et endémo épidémiques (paludisme, choléra, méningites, VIH/sida, tuberculose ...) et l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, drépanocytose et maladies mentales ...). Par ailleurs, l'extrême vulnérabilité du pays entraîne la survenue quasi-régulière de situations d'urgence (crises

alimentaires, catastrophes naturelles ou provoquées) auxquelles le pays n'est pas toujours préparé. Ces nombreux facteurs de risque contribuent à accroître la charge maladie dans la population, en particulier chez les plus vulnérables, femmes et enfants, situation aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque maladie (3% de la population bénéficie d'une couverture maladie). Cette situation rend difficile l'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé.

Une analyse de l'évolution des indicateurs des OMD liés à la santé sur la période 1990-2008⁷ montre que, dans l'ensemble, si des progrès ont bien été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015.

Evolution par rapport à l'objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Le problème nutritionnel des enfants nigériens reste entier et s'est particulièrement dégradé en 2005 et 2010 suite aux crises alimentaires qu'a connues le pays. Malgré une évolution en dents de scie du taux de prévalence de la malnutrition chronique entre 1990 et 2005, on observe cependant une diminution sensible de celui-ci sur la période 2005 à 2009. En effet la prévalence de la malnutrition est passée de 50 % en 2005 à 46.3 % en 2009 puis à 48.1 % en 2010. (Rapport enquête nutrition et survie). En ce qui concerne l'insuffisance pondérale la prévalence est passée de 48.1 % en 1990 à 50% en 2005 pour descendre à 33.7% en 2009. La situation structurelle, cyclique au Niger, de crise alimentaire tous les 3 à 5 ans, rend cependant aléatoire le rendez-vous de 2015 (24%).

Le taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale, qui était de 15,3 % chez les enfants de moins de 5 ans en 2005, s'est stabilisé aux alentours de 11 % depuis 2007 (11,3% en 2009) avant de connaître un rebondissement en 2010 (16.7 %). Dans le même temps, le taux de prévalence de malnutrition aiguë grave passait de 1,8 % à 0,8 % et rebondit à 3.2 % en 2010. La situation nutritionnelle au Niger reste alors préoccupante avec ces périodes de crises.

Evolution par rapport à l'objectif 4 : Réduire la mortalité des moins de 5 ans.

De 318 ‰ en 1992, le taux de mortalité infanto juvénile est passé à 198 ‰ en 2006⁸. Parmi les facteurs contributifs, on note que le taux de létalité du paludisme est passé de 0,27% en 2005 à 0,13% en 2008 ; le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est supérieur à 80% depuis 2005, le taux de récupération des malnutris est passé de 29 % en 2005 à 50.1% en 2008. Le taux d'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) est de 10% (EDS 2006). Sur ces bases, le pays pourrait se rapprocher de son objectif de 114 pour mille en 2015.

Evolution par rapport à l'objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.

Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé : 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 et a très peu évolué (700 pour 100 000 naissances vivantes en 1990), rendant difficile l'atteinte de l'OMD 5 (175 pour 100 000 naissances vivantes). Parmi les facteurs contributifs, on retient que la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a connu une évolution timide, passant de 16% en 1990 à 17.7% en 2006, 21.9% en 2008 (SNIS). Cette proportion est de 34.4% selon l'enquête nutrition survie réalisée en 2009. Avec un gain de 12 points entre 2008 et 2009, il est fort probable que la cible de 50% en 2015 soit atteinte. D'autres facteurs sont plus encourageants : le taux de mortalité maternelle intra hospitalière

⁷ Rapport des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la Santé, MSP (2009)

⁸ EDSN/MICS III, 2006

est passé de 2,2 % en 2005 à 0,4 % en 2008; le taux de déficit en interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue a été ramené de 72% en 2005 à 31.1% en 2008. Cependant, le taux de césariennes reste en deçà du minimum de 5% bien qu'il ait connu une augmentation de 0.4 points, passant de 0.8 % en 2005 à 1.2 % en 2009 ; le taux de prévalence contraceptive des méthodes modernes qui était de 4% en 2005 et de 5% en 2006 (EDSN III) est passé à 16% en 2009 (Résultats provisoires de l'enquête de prévalence contraceptive 2009).

Evolution par rapport à l'objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Pour combattre de façon efficace le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, le Niger a mis en place des programmes nationaux spécifiques qui disposent chacun d'un plan stratégique de lutte.

VIH/sida : On constate une stagnation du taux de séroprévalence globale qui est passé de 0.87% en 2002 à 0.70% en 2006. Le taux de séroprévalence VIH chez les femmes enceintes reçues à la 1ère visite de CPN est passé de 0.06% en 2006 à 0.03% en 2007. L'effectif cumulé des malades sous ARV est passé de 695 en 2005 à 2 846 en fin 2008. La gratuité des soins y compris la thérapie par ARV, l'adoption d'une loi sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida ainsi que l'acceptation croissante du dépistage volontaire expliquent cette performance. Il n'est pas exclu que le Niger puisse à terme inverser le profil épidémiologique des IST/VIH/sida.

Tuberculose : On constate un important accroissement de l'incidence qui passe de 168 en 2005 à 180 pour 100 000 habitants en 2008 (toutes formes confondues) ; pour les cas de Tuberculose pulmonaire positive l'incidence a passé de 50 cas pour 100000 Hbts en 2005 à 77 cas en 2007. Le taux de dépistage est passé de 40,2% en 2005 à 57% en 2009. La proportion de décès parmi les malades dépistés est stable. Elle oscille entre 6% en 2005 et 5,9% 2008. La mise en place de la DOTS a amélioré le succès thérapeutique : 80% de guérison en fin 2009 pour un objectif fixé de 85% (OMS).

Paludisme : Sur la période 2000-2008, l'incidence annuelle s'est maintenue en moyenne à 80,5 cas pour 1000 habitants avec une évolution en dents de scie : 51,4 cas pour 1000 habitants en 2000 avec un pic de 146.2 cas pour 1000 habitants en 2008. Par contre le taux de létalité montre une amélioration significative : 0.27% en 2005 pour 0.13% en 2008. La proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme est passée de 48% en 2005 à 72.3% en 2008. Une enquête d'évaluation (indicateurs R3, R4 et R5) réalisée en octobre 2009 montre que 60% des enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée pour une disponibilité de 78.3% au niveau des ménages

Evolution par rapport à l'Objectif 7 : Assurer un environnement durable

Selon l'OMS, le lavage des mains, l'application des mesures d'assainissement, le traitement et la bonne conservation de l'eau potable à domicile, réduisent respectivement de 45%, 39% et 32% la morbidité due à la diarrhée. Au Niger, la situation en matière d'hygiène et d'assainissement ainsi que les problèmes liés à la pollution de l'environnement et aux changements climatiques restent préoccupants: 50.1% de la population a accès à l'eau potable en 2008 contre 48.7% en 2005, tandis que 8,4% des ménages disposent de latrines, 16% des

mères se lavent les mains au savon après avoir été aux toilettes (enquête survie 2009). L'insuffisance de l'eau et d'assainissement favorise en plus des maladies diarrhéiques, les IRA, le paludisme et la prolifération des vecteurs de certaines maladies (trachome...).

Les interventions à base communautaires de la stratégie survie de l'enfant restent insuffisantes (1.5% de couverture nationale). Les mesures de contrôle de la pollution de l'environnement surtout en lien avec les activités minières (uranium, pétrole, or...) et la construction de barrages restent embryonnaires. L'assainissement dans les agglomérations (canalisation des eaux usées, collecte et destruction des ordures ménagères) est très insuffisant, favorisant la propagation des maladies diarrhéiques.

Evolution par rapport à l'Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

La signature du cadre de partenariat entre les partenaires et le Ministère de la santé en octobre 2005 a mis en place un espace de coordination dirigé par le MSP et assisté par "un chef de file" des partenaires qui assure la coordination entre les Partenaires. Ce même espace existe au niveau des régions. En droite ligne de la Déclaration de Paris, le Niger a par ailleurs signé le Compact global en mai 2009. L'adoption du Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 et du CDMT sera suivie de la signature d'un Compact Pays engageant ainsi aussi bien le Gouvernement que ses partenaires pour le financement et la mise en œuvre de ce nouveau Plan.

L'objectif 8 aborde la question clé des médicaments essentiels. La disponibilité des médicaments et consommables médicaux, y compris les ARV, a été améliorée ces dernières années, le budget de l'Etat pour l'achat des médicaments, réactifs et consommables passant de 624 millions en 2005 à 1,2 milliards FCFA en 2008. Ce budget était cependant de 3 milliards en 1995, date de mise en application de l'Initiative d'indépendance vaccinale au Niger. Si l'on prend en compte les différentes lignes budgétaires traitant du médicament, en particulier celles relatives à la gratuité de la prise en charge pour certaines catégories de patients qui favorisent incontestablement l'accès aux médicaments de base (enfants de moins de 5 ans, tuberculeux, lépreux, femmes victimes de cancers gynécologiques, la Planification Familiale...), on se rapproche sensiblement des chiffres de la décennie précédente. L'accroissement du budget de l'Etat pendant la même période est cependant à prendre en compte. Le taux de rupture en médicaments pour les six molécules essentielles est passé de 20% en 2005 à 1.5% 2009.

Les maladies non transmissibles

Au Niger, jusqu'à une date récente, on ne dispose pas de statistique fiable en matière de maladies chroniques non transmissibles. Les études qui existent sont parcellaires et ne couvrent pas tout le pays. Elles sont constituées par des mémoires et des thèses au niveau des écoles de santé.

Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2002, la prévalence de l'HTA et du diabète seraient respectivement de 8 % et 2 % et la mortalité intra hospitalière dans les formations sanitaires publiques et privées liée au diabète de 17,75 % alors que celle liée à l'HTA de 12,25 %.

L'enquête « STEPS » sur les facteurs de risque des maladies chroniques au Niger réalisée en décembre 2007 sur la population générale a montré que 21,2 % de la population souffre d'hypertension et 4,3 % de la population de diabète. Les femmes semblent plus atteintes que les hommes.

On remarque que la situation est alarmante parce qu'en 5 ans, le nombre de personnes atteintes d'HTA est passé de 8 % en 2002 à 21,2 % en 2007 soit une évolution de 265 % ; pour le diabète, on est passé de 2 % en 2002 à 4,3 % en 2007 soit une évolution de 215 %.

Au Niger, la prise en charge du cancer est assurée essentiellement au niveau des hôpitaux nationaux, des maternités, certains établissements de référence et certaines cliniques privées de Niamey et de l'intérieur du pays.

Les données en matière de cancer sont collectées à travers un registre mis en place depuis 1992. Ces activités couvrent principalement les populations de Niamey et de ses environs (hôpitaux publics, privés) et de quelques hôpitaux des régions.

Le diagnostic du cancer était basé sur la clinique (48,30 %), la biologie (1,2 %), la radiologie mais surtout sur l'anatomopathologie (50,38 %). Dans 0,02 % des cas, le mode de diagnostic était inconnu. Pour le cancer du foie, il s'agissait d'un diagnostic clinique et surtout biologique.

De 1992 à 2006 (soit en 15 ans), un total de 5 119 cas de cancers ont été enregistrés dont 3 651 (soit 71,32%) dans les hôpitaux de Niamey et 1 468 en provenance des hôpitaux des autres régions (soit 28,67%). La répartition par sexe est de : 2 179 hommes soit (42,56%) et 2 940 femmes soit (57,43%).

3.2 Déterminants de la situation sanitaire

L'état préoccupant de la santé de la population et la nécessaire accélération des progrès vers l'atteinte des OMD, pour lesquels des progrès très significatifs doivent être envisagés, sont handicapés par divers facteurs dont les principaux sont :

- La performance limitée des politiques de santé mises en œuvre ;
- Les insuffisances liées à l'organisation et à la faiblesse du système de santé ;
- Les faiblesses dans la chaîne de production, d'approvisionnement et de distribution des intrants, notamment des médicaments et des consommables médicaux ;
- L'inefficacité dans la coordination, la mobilisation et la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et immatérielles du secteur ;
- Le comportement pro nataliste des populations.

Ces déterminants ont un impact négatif évident sur la situation sanitaire du pays et l'atteinte des OMD ; leur prise en compte dessine la trame des interventions à mener dans le PDS 2011-2015.

3.2.1 Politique de santé

Pour s'adapter aux conséquences liées aux crises financières qui se sont succédées à travers le monde depuis les années 70, et pour prendre en compte les engagements internationaux auxquels il a souscrit, notamment ceux en rapport avec l'atteinte des OMD, le Niger a opté, en 2002, pour la poursuite des Soins de Santé Primaires et le développement des districts

sanitaires, politique déjà en vigueur dans le pays depuis les années 1990 sous le vocable d'« auto encadrement sanitaire ». Cette politique vise particulièrement la recherche de l'équité et l'amélioration de l'accessibilité du plus grand nombre de personnes vulnérables (femmes, enfants, populations en zones rurales...) aux services de santé.

Cependant, la mise en œuvre de cette politique n'a pas eu l'impact attendu sur les principaux problèmes de santé, à savoir la forte mortalité maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans, la forte mortalité liée aux maladies à potentiel épidémique, le faible taux d'utilisation des services de santé par les populations couvertes.... Ceci était dû essentiellement à (i) des insuffisances dans le choix des stratégies, (ii) à la faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités de santé entre zones rurales et urbaines et (iii) à la faiblesse du système de suivi évaluation et de gouvernance.

Pour relever les principaux défis auxquels le secteur de la santé est confronté, le Niger a inscrit, parmi les priorités du PDS 2005-2010, le renforcement des activités de la santé de la reproduction, l'intensification de la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé en général. Cette vision a été sous tendue par une volonté politique clairement exprimée à travers la décentralisation des services et la mise en place de réformes institutionnelles importantes (gratuité de certaines prestations des soins, réforme hospitalière, réforme du secteur pharmaceutique...). Ceci a permis d'atteindre, en 2009, un niveau acceptable pour certains indicateurs de santé, notamment le taux de CPN (90%), le taux d'utilisation des soins curatifs (43.5%)⁹, le taux de prévalence contraceptive (16.5%), le taux de rupture de six molécules essentielles au niveau des CSI et HD (1.5%) ...

En vue d'améliorer ces performances pour se rapprocher davantage de l'atteinte des OMD, le MSP a prévu de focaliser le PDS 2011 -2015 sur le renforcement de la gestion du système de santé avec un accent particulier mis sur la santé de la reproduction, la gestion des ressources humaines, l'approvisionnement en intrants et produits pharmaceutiques, le système national d'information sanitaire, la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme... La disponibilité du PDS et du CDMT qui lui est lié devrait permettre au MSP de signer un COMPACT avec ses Partenaires techniques et financiers pour améliorer le financement du secteur.

3.2.2 Organisation et gestion du système de santé

Le système sanitaire comprend trois types d'acteurs (public, privé, médecine traditionnelle) et trois niveaux administratifs et de soins (niveau local de santé/district, niveau intermédiaire/région et niveau central/national). Ce système connaît de nombreuses faiblesses qui entravent sa capacité à relever les défis majeurs que sont la recherche de l'équité, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services, la durabilité des actions, en particulier pour les couches les plus vulnérables et les plus pauvres de la population. Les principales difficultés concernent : (i) la décentralisation de la gestion des ressources (matérielles, financières, humaines et médicaments) liée à l'absence de critères réels de répartition des ressources (entre les différents niveaux de la pyramide, entre les régions) et à l'insuffisance dans la gouvernance et le leadership à tous les niveaux, (ii) la qualité du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), (iii) la coordination des actions de santé liée à une insuffisance de communication entre acteurs, (iv) l'implication des populations à

⁹ Selon l'enquête de 2009 ce taux serait de près 67.4% pour les enfants de moins de 05 ans qui consultent pour des IRA et de 50.9% pour le paludisme.

la prise de décision en matière de santé, liée à la faible réactivité du système, (v) l'effectivité de la gestion axée sur les résultats comme principe de gestion, (vi) la collaboration intersectorielle, (vi) la protection financière des usagers et (vii) les stratégies de lutte contre la maladie.

La superposition du découpage sanitaire au découpage administratif a donné des districts de très grande taille en poids démographique et nombre de CSI rendant difficile leur management. Sur les quarante-deux (42) DS, 17 ont plus de 400.000 habitants (norme : 150.000 habitants) dont 08 couvrant plus de 500000 habitants : Mirriah : 990 461 hbts, Dogon Doutchi : 687449 hbts, Magaria : 634893 hbts, Dakoro: 607928 hbts, Mayahi : 605928 hbts, Téra: 586481 hbts, Filingué: 560308 hbts, Konni : 506373 hbts. Ces districts enregistrent de faibles performances en terme de couverture vaccinale, de fréquentation des services, d'accouchements en milieu assisté.... Sur les 42 districts, 10 couvrent une population de moins de 200.000 habitants.

Tableau III: Situation des Districts Sanitaires ayant des populations près de 500000 et plus d'habitants et/ou de plus de 17 CSI

REGION	Population totale 2010	Nombre de CSI
Doutchi	687 449	24
DS Dosso	492 141	34
Dakoro	607 928	20
Mayahi	554 351	25
Birni N'Konni	506 373	17
DS Tahoua	496 939	28
Filingué	560 308	33
Kollo	448 876	25
Ouallam	388 468	25
Téra	586 481	32
DS Tillabéri	323 212	32
Magaria	634 893	21
Mirriah	990 461	36
Tanout	433 179	31

Source: Population 2008-2012 Institut National de la Statistique (INS)

NB: A noter que le DS de Konni n'a que 17 CSI pour une population de 506373 Hbts et Tillabéri avec 323212 Hbts à 32 CSI

3.2.3 Gestion du secteur pharmaceutique

Pour mettre en place les diverses composantes de la politique pharmaceutique et assurer sa mise en œuvre il y a lieu de disposer de personnels technique et administratif bien formés. La faiblesse actuelle de l'autorité de régulation est liée à une insuffisance en agents tant gestionnaires que techniques.

En matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments, le Niger dispose d'une unité de production, de seize (16) centrales d'achats et d'un réseau de pharmacies publiques et privées (150) complété par des dépôts communautaires et villageois(89). Le circuit d'approvisionnement repose sur ces structures à la fois publique et privées (le système public étant assuré par l'ONPPC). L'accroissement très rapide des besoins en substances prophylactiques, thérapeutiques et de diagnostic (dû à l'augmentation de la démographie et à l'extension de la couverture sanitaire), l'insuffisance des ressources financières de l'ONPPC et la faible maîtrise de l'approvisionnement ont mis en exergue les difficultés du système d'approvisionnement national.

Le secteur est régi par une multitude de circuits d'approvisionnement animés par des acteurs tant professionnels que ceux qui interviennent de façon conjoncturelle donnant un aspect de mosaïque très difficile à maîtriser (ONPPC, SNU, centrales privées d'achat, circuits confessionnels, opérateurs privés non professionnels). Concernant l'acquisition des produits spécifiques des programmes de santé seuls l'entreposage et la distribution sont assurés par l'ONPPC lorsque des conventions spécifiques sont signées avec les acteurs concernés.

La fragilité de la situation financière de l'ONPPC due principalement aux insuffisances de gestion, a obligé les différents partenaires à utiliser leur circuit d'approvisionnement. Cette défaillance de l'ONPPC rend aléatoire l'efficacité de la Politique de Médicaments Essentiels Génériques.

Cette situation ainsi décrite ne permet pas de disposer des informations nécessaires sur le marché, d'un système d'assurance de la qualité, d'un personnel qualifié et de réaliser des économies substantielles.

La connaissance du marché national et international est d'une importance pour l'achat de médicaments : elle renforcera le pouvoir de négociation des services pharmaceutiques et de connaître les tendances des prix, sans perdre de vue la spéculation et d'autres influences opérant sur le marché. Un approvisionnement régulier et suffisant en médicaments a souvent fait défaut, malgré l'enveloppe financière qui lui est consacrée. Les raisons de cette situation sont complexes. Elles sont liées à l'attitude et au comportement des pouvoirs publics, des prescripteurs, des dispensateurs et des acteurs professionnels d'approvisionnement.

Les décisions relatives aux importations, à la fixation des prix et aux taxes douanières ont des effets notables sur l'acquisition, la fabrication et la consommation des médicaments. Une politique nationale pharmaceutique doit avoir des mécanismes permettant au secteur de la santé d'attirer les autres secteurs (notamment des responsables de la planification, des finances, de l'industrie et du commerce) pour leur participation active à la prise de décisions.

La production locale qui vise dans un premier temps, la fourniture à grande échelle des médicaments vitaux et essentiels des services de soins de santé de base particulièrement les liquides pour perfusion et l'eau pour les injections a buté contre des défis majeurs que sont la faiblesse financière, l'obsolescence des équipements et l'adaptation aux nouvelles technologies.

Le Niger a accumulé des expériences sur l'usage de remèdes d'origine naturelle disponibles sur place dont certains ont été utilisés avec succès sur la foi d'une longue expérience. Cependant, ces remèdes ne sont pas nécessairement sans dangers du simple fait qu'ils sont naturels car certains ont donné lieu à des effets secondaires sérieux. Dans le cadre des soins de santé primaires, le recours aux remèdes traditionnels se justifie. Il y a lieu cependant d'évaluer l'utilisation de ces médicaments et de renforcer simultanément la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle lors de l'introduction de ces remèdes dans nos structures de soins.

On doit recenser les affections que la médecine traditionnelle peut traiter efficacement, en tenant en compte des aspects pathologiques et psychosomatiques de leurs symptômes.

Il faut mettre au point des méthodologies et des technologies appropriées pour l'identification, la production et le développement de remèdes traditionnels, afin d'accroître leurs avantages et leur acceptation du point de vue médical, économique et socioculturel.

En somme le système d'approvisionnement pharmaceutique continue de souffrir de faiblesses majeures qui obèrent l'objectif d'assurer une disponibilité permanente de produits de qualité et de sécurité répondant aux besoins du système de santé, à moindre coût, accessibles à l'individu, aux familles et aux communautés (OMD 8).

D'autres faiblesses relatives au secteur sont également à relever :

- Un manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des formations sanitaires ;
- Une sécurité transfusionnelle mal assurée du fait de difficultés d'approvisionnement en intrants ainsi que de la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés aggravée par leur prescription irrationnelle ;
- Une insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des formations sanitaires ;
- Une application peu efficace de la réglementation pharmaceutique par le MSP en charge de la régulation du secteur ;
- Une faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments : l'arrêté N° 00281/MSP/DPHL du 18 Novembre 1998 a instauré le contrôle de qualité des MEG (qui représentent un volume important des importations de médicaments) avant leur mise en consommation. Ce mécanisme fonctionne mal suite au non-respect de cette réglementation, les prélèvements d'échantillons n'étant pas effectués de façon systématique pour chaque importation. Il faut y ajouter l'insuffisance du système d'homologation, la faible gestion des erreurs médicamenteuses et les faibles capacités de contrôle de qualité du LANSPEX en matière d'analyse des molécules innovantes, des consommables médicaux et des préservatifs ;
- Une prolifération du marché illicite des médicaments.

3.2.4 Gestion des ressources du secteur

Ressources humaines

La mise en œuvre du PDS 2005 – 2010 a permis d’obtenir des acquis importants en matière de GRH, notamment le recrutement de 1 212 agents entre 2005 et 2008, une meilleure maîtrise des effectifs suite au recensement et à la mise en place d’outils de suivi, la déconcentration de la fonction « Gestion des Ressources Humaines », la révision des curricula de formation, l’élaboration d’un plan de formation initiale et continue, le financement de près de 400 spécialisations médicales et paramédicales depuis 2005 et la mise en place d’un dispositif de primes de motivation pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Tableau IV: Situation des effectifs du personnel du MSP par statut en 2005 et 2010

Catégories	Effectifs 2005	Effectifs 2010
Fonctionnaires en activité	4 195	4 854
Personnels en détachement & disponibilité	243	141
Position de Stage		151
Auxiliaires	1 281	1 144
Contractuels MSP	496	917
Total	6 215	7 207

Source : Base de données de la DRH / MSP

Le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2010 tous statuts confondus et notamment de 84% pour la catégorie des contractuels du MSP.

Cependant, la GRH continue de souffrir des difficultés récurrentes suivantes :

- Insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) due aux contraintes budgétaires, à leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements : (i) un (1) médecin pour plus de 100 000 hts dans les régions de Tillabéry, Tahoua, Zinder et Dosso, (ii) Niamey concentre environ 33% des effectifs cadres et près de 40% des sages-femmes, (iii) seuls 13% des effectifs professionnels sont en zone rurale (19% des infirmiers et 8% des sages-femmes, et quasiment 0% de médecins). Pour la répartition du personnel par région et par principaux corps en 2005 et 2010 voir tableau ci - dessous.

Tableau V: Evolution de la répartition géographique par principaux corps sur la période 2005 – 2010

Région	Médecin 2005	Médecin 2010	Infirmier 2005	Infirmier 2010	Sage- femme 2005*	Sage-femme 2010*
Agadez	1/49 274	1/15 980	1/3 080	1/2 318	1/3 749	1/1 724
Diffa	1/52 379	1/30 537	1/4 471	1/4 821	1/5 729	1/3 305
Dosso	1/108 145	1/118 791	1/7 615	1/8 175	1/13 518	1/7 570
Maradi	1/143 015	1/78 844	1/9 725	1/6 556	1/17 878	1/28 001
Tahoua	1/39 533	1/114 930	1/9 898	1/9 178	1/19 382	1/13 007
Tillabéry	1/184 743	1/180 965	1/10 529	1/7 755	1/16 389	1/4 701
Zinder	1/138 664	1/118 893	1/6 682	1/7 769	1/16 808	1/9 101
Niamey	1/11 182	1/29 678	1/1 687	1/3 252	1/951	1/1 327
Niger	-	1/41200	-	1/5660	-	1/5400
Normes OMS	1/10 000		1/5 000		1/5 000	

Source : DRH/MSP

* Femmes en âge de procréer.

N.B : Ces ratios ne tiennent pas compte du personnel du secteur privé

- Insuffisance quantitative du personnel accentuée par l'importance des effectifs occupant des fonctions administratives (20%) ou en position exceptionnelle des effectifs (en stage, disponibilité, détachement), et par la féminisation de la profession entraînant des difficultés d'affectation ;
- Tendance à l'accroissement des effectifs de contractuels, qui représentent aujourd'hui près de 15% des effectifs (hors auxiliaires), ce qui risque, à l'image de la situation du secteur de l'éducation, de précariser les emplois et donc de réduire l'attrait et la rétention des personnels ;
- Insuffisance qualitative des RHS qui concerne les filières traditionnelles (infirmiers certifiés, IDE, SFDE, médecins généralistes, THA,...) et qui s'explique par plusieurs facteurs : faiblesse et inadéquation de la formation initiale des agents, dysfonctionnements au niveau des recrutements et des affectations, déficits de management et d'encadrement, insuffisance des plateaux techniques pour un bon exercice des compétences, démotivation des agents elle-même due aux difficiles conditions de travail, à l'absence de plans de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions assumées, ... ;
- Inadéquation des structures, des procédures et des outils de gestion aux exigences d'une gestion collective et prévisionnelle des effectifs : expression de besoins motivés des structures sanitaires mais sur la base de normes et standards uniformisés, absence de cadre organique actualisé et de description des fonctions clés, absence de plans de carrière motivants, centralisation excessive de la GRH ;
- Insuffisances opérationnelles dans la GRH : mobilité excessive des agents, gestion subjective des affectations, insuffisance dans la planification et la coordination des sessions de formation continue (multiplicité des sessions de formation hors site générant un absentéisme fort), faible implication des districts dans la GRH, lenteurs administratives, ... ;
- Multiplication des écoles privées de formation en santé au détriment de la qualité des enseignements qui engendre la sous qualification des jeunes diplômés.

Ressources matérielles : infrastructures, équipements et maintenance

Les prestations de soins et de services de santé sont assurées par un réseau d'établissements structuré en 3 niveaux hiérarchisés :

- Au niveau périphérique, 829 Centres de Santé Intégrés (CSI) dirigés chacun par un infirmier, auxquels sont rattachées 2160 cases de santé fonctionnelles tenues en général par des agents de santé communautaires. Les structures évoluent dans 42 districts sanitaires dont 33 disposent d'un hôpital de 1^{ère} référence (Hôpital de District). 26 sont équipés d'un bloc opératoire où travaillent des médecins formés en chirurgie de district.
- Au niveau régional, 8 Directions Régionales de la Santé Publique, dont celle de la Communauté Urbaine de Niamey, assurent la coordination des actions conduites dans les districts sanitaires. Y sont rattachés 6 Centres Hospitaliers Régionaux, deux maternités régionales de référence et 7 centres mères-enfants en cours de construction, tous disposant d'un plateau technique de 2^{ème} référence.
- Au niveau National, 3 Hôpitaux Nationaux et une Maternité de référence nationale, dotés chacun du statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA), sont répartis entre Niamey (où 3 d'entre eux ont une activité hospitalo-universitaire) et Zinder.

- Quant au secteur privé, il est en développement, bien qu'il reste encore concentré à Niamey. Il comprend essentiellement 30 cliniques et 43 cabinets médicaux. On compte aussi 4 hôpitaux privés sans but lucratif, dont 2 hôpitaux miniers.

L'analyse de la situation des ressources matérielles du système de santé fait ressortir les insuffisances majeures suivantes :

- Faiblesse de la couverture en infrastructures de premier contact pour les soins de santé de base, notamment les CSI : le taux de couverture géographique s'établit à 71% ;
- Faible adaptation et planification du développement de technologie biomédicale dans les services de soins à tous les niveaux ;
- Faiblesses dans la gestion et la maintenance des équipements et infrastructures du système de santé malgré l'adoption du document cadre de stratégie de gestion et de maintenance des infrastructures et équipements du secteur et la mise en œuvre des actions au niveau de district par l'affectation des OPM. L'approche de contractualisation avec les acteurs privés a été appliquée totalement en matière de travaux mais timidement sur les interventions d'entretien et de maintenance des équipements biomédicaux du fait de manque de compétences pour la haute technologie requise;
- Absence d'allocation de ressources suffisantes et appropriées pour la maintenance courante, d'où l'attentisme conduisant à des réhabilitations devenues lourdes et coûteuses.

Ces faiblesses majeures s'accompagnent d'insuffisances opérationnelles relatives aux problèmes suivants :

- les Cases de Santé (CS) ne disposent pas nécessairement des locaux et équipements indispensables à la réalisation de prestations que le personnel en place est capable de fournir compte tenu de sa qualification (accouchements, vaccination...)
- les CSI, notamment ceux émanant de la transformation des cases de santé, ne disposent pas de locaux adaptés pour assurer l'ensemble des soins curatifs, préventifs et les accouchements ; l'adduction d'eau, l'existence des latrines et le logement de l'infirmier n'ont pas été envisagés;
- Les normes en matière d'implantation des formations sanitaires (CSI et CS) ne sont pas toujours respectées;
- Les hôpitaux de district (HD) et les centres hospitaliers régionaux (CHR) ne disposent pas tous de plateau technique et des services requis pour assurer le paquet minimum ou complémentaire d'activités correspondant à leur niveau de référence ;
- Les hôpitaux et les structures du niveau tertiaire disposent des plateaux techniques de technologie d'une génération vieillissante. Les insuffisances concernent notamment les laboratoires d'analyses biologiques, les blocs opératoires, les services de réanimation, les services d'urgence, les services d'imagerie médicale et l'endoscopie ;
- L'absence d'un plan national et de plans régionaux de renouvellement ou de réhabilitation des équipements et infrastructures ne permet pas de rationaliser la mise en place des infrastructures ;
- L'inexistence de partenariat avec le secteur privé (confessionnel et libéral) entrave la nécessaire continuité et complémentarité des soins à délivrer.

Ressources financières et mécanismes de financement du secteur

Le financement de la santé est confronté aux contraintes majeures suivantes :

- Un sous financement chronique du secteur malgré les efforts d'allocation réalisés ces dernières années : les Comptes nationaux de la santé (CNS) estiment la dépense globale de santé à 116,13 milliards de francs CFA en 2006, soit 8 965 FCFA ou environ 17 \$ US par habitant. Ce niveau de dépense représente la moitié de celui estimé par « la commission macroéconomie et santé » mise en place par l'OMS en 2001 (34 \$US par an et par habitant pour des interventions sanitaires essentielles) ;
- La prépondérance des ménages dans le financement de la dépense globale de santé malgré la forte incidence de la pauvreté et l'extrême vulnérabilité de la population : 47,43% de la dépense nationale de santé en 2005 et 43,65% en 2006 ;
- La quasi-inexistence de systèmes de protection sociale, 99% de la dépense des ménages en santé sont constitués de paiements directs ; la dépense de santé passant par la sécurité sociale et le système privé d'assurance maladie représente moins de 3% de la dépense globale de santé;
- Un financement public en hausse mais en deçà du niveau attendu : bien qu'assurant plus de la moitié de la dépense de santé, le financement des pouvoirs publics reste en deçà des engagements pris par l'Etat dans le cadre de la SRP et aux niveaux régional et international : la part de la santé dans le budget de l'Etat, bien qu'en hausse ces dernières années, est en dessous des 10% recommandés par l'OMS et encore plus éloignée des 15% de la Déclaration d'Abuja. Ceci est aggravé par un taux d'exécution ne dépassant que rarement les 80%.
- Une tendance à la dépendance vis-à-vis de l'extérieur : la dépense de santé est dominée par l'aide publique au développement qui en a financé environ le tiers en 2005 et 2006 et 51% en 2007 selon la revue des dépenses publiques; parallèlement, les ressources internes n'ont contribué au financement de la dépense globale de santé qu'à hauteur de 16 à 22% entre 2005 et 2007 ;
- Une centralisation excessive de la gestion des ressources bien que bénéficiant en priorité au niveau périphérique et aux soins de santé de base : selon la revue des dépenses publiques, 85% des ressources sont gérées au niveau central alors qu'elles profitent à 83% au niveau régional et aux districts selon la RDP de 2007.
- Le sous financement du secteur est particulièrement manifeste pour les dépenses de médicaments/consommables, de prise en charge de la gratuité des soins et des coûts liés aux ressources humaines (cependant, le ratio masse salariale sur dépense de santé atteint le seuil du critère de convergence, 35%) ;
- La gratuité introduite au Niger en 2006 couvre les soins aux enfants âgés de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations pré natales et les cancers gynécologiques.

Sa mise en œuvre a permis d'améliorer de façon significative certains indicateurs sanitaires et d'obtenir des résultats importants (taux de prévalence contraceptive qui passe de 5% en 2006 à 16,5% en 2009, taux d'utilisation des soins curatifs de 18% en 2006 à 45% en 2009, le taux de césarienne de 0,47% en 2006 à 1,5% en 2009) . Cependant, elle est confrontée à des difficultés majeures qui se résument à l'insuffisance de financement et au retard de remboursement des frais de la gratuité¹⁰. Ainsi, de 2006 à 2010, un montant global de 19,2 milliards de F CFA a été alloué par

¹⁰ Les prestations fournies gratuitement par les formations sanitaires publiques sont facturées à l'Etat et payées par le Trésor public.

l'Etat (84,26%) et l'AFD (15,74%) au titre de la gratuité des soins. De 2006 à 2009, un remboursement de 9,5 milliards a été effectué dont 7,1 milliards par l'Etat soit 75% et 2,4 milliards par l'AFD soit 25%. Il faut noter qu'en plus de ce remboursement en espèce, les structures des soins ont bénéficié de plusieurs donations en nature (médicaments, Kits césariennes, kit CPN, contraceptifs ...) provenant des partenaires techniques et financiers, néanmoins à la date du 31 Mai 2010, le total des factures impayées s'élève à 9,1 milliards de F.CFA.

- La faible mobilisation des fonds disponibles et la production des pièces justificatives dans les délais handicapent l'utilisation efficace et efficiente des ressources financières mises à la disposition du MSP et de ses services décentralisés

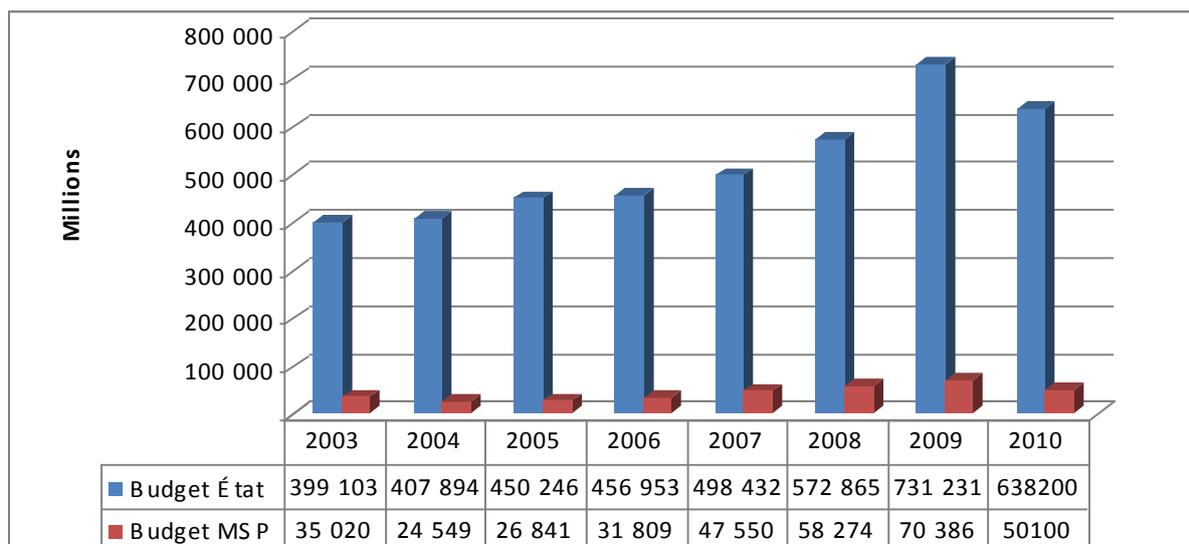


Figure 1: Evolution du budget de la santé 2003 – 2010

Développement de la communication

Sur le plan institutionnel, il existe, au sein du MSP, deux directions nationales, dont l'une chargée des archives, de l'information et des relations publiques et l'autre s'occupant de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé. L'essentiel des activités de ces deux directions s'oriente vers la communication, ce qui n'est pas sans conséquence dans la coordination et la gestion des activités de communication au niveau central.

Au niveau DRSP et districts, il existe, à côté des services chargés de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé, des points focaux de programmes spécifiques en charge également de la communication, ce qui entraîne des problèmes de leadership et de coordination autour d'une multiplicité des messages parfois contradictoires.

Dans tous les cas, ces structures souffrent d'une insuffisance de compétences et de ressources financières aggravées par l'absence de plan stratégique de communication. Ce à quoi, il convient d'ajouter la très faible circulation de l'information à tous les niveaux, entre les directions centrales, avec les autres ministères, entre le Ministère de la santé et les DRSP, les districts et la communauté.

En l'absence d'un plan stratégique de communication dans le secteur, il existe cependant de nombreux documents de stratégies en matière de communication focalisés sur les maladies dites prioritaires. L'absence d'harmonisation des outils et de concepts débouche sur une dispersion des ressources déjà rares, et sur une difficulté pour les populations à faire la synthèse de messages sanitaires multiformes et souvent contradictoires.

La communication pour un changement de comportement (CCC) concerne l'ensemble des structures d'offre de services qui doivent mener les activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et d'information en stratégies fixe, avancée et mobile. Pour cela, les prestataires doivent être formés, outillés et motivés.

Pour diffuser l'information, les canaux de communication (presse écrite, radios de proximité ou radios rurales, troupes artistiques,...) doivent être mis à contribution, tout comme les leaders d'opinion (les chefs traditionnels, les chefs religieux...). Le choix des canaux en fonction des cibles et l'usage d'approches structurées telles qu'un plan intégré de communication autour des problèmes prioritaires de santé restent à développer, en particulier au niveau opérationnel. La communication inter personnelle doit être améliorée par la maîtrise des principes de base par les différents acteurs.

Au niveau communautaire, le Niger dispose d'une pléthore d'agents communautaires formés par les programmes verticaux (Paludisme, Ver de Guinée, Maladies Diarrhéiques etc.) plus ou moins opérationnels mais souvent livrés à eux-mêmes. Avec la mise en œuvre en cours de la PCIME Communautaire et pour tenir compte des travaux des ateliers sur l'harmonisation des activités à base communautaire (DSME 2008), il est impératif d'envisager une approche qui permette d'utiliser cet immense potentiel. Pour cela, il est nécessaire d'accélérer le processus d'harmonisation en cours, notamment par la définition du profil de ces « relais communautaires », la clarification de leur rôle et de leur statut juridique, d'envisager un système de motivation, et d'assurer un suivi et une supervision formative régulière. Mais il est tout aussi nécessaire d'assurer leur formation ou leur recyclage avec la mise à leurs dispositions d'outils de communication simples, explicites et ciblant les Pratiques Familiales Essentielles (Pagi voltes, boîtes à images...).

Il n'existe pas d'indicateurs pertinents pour le suivi évaluation des actions de communication.

Beaucoup reste à faire pour la documentation et l'archivage et pour améliorer le système de communication aux différents niveaux, qui gagnerait à un meilleur développement des NTICs à tous les niveaux permettant une bonne circulation de l'information.

En résumé, il faut non seulement développer la communication pour promouvoir un comportement favorable à la santé chez la population, mais aussi la communication interne et externe pour créer une synergie d'actions autour des objectifs que poursuit le Ministère de la Santé Publique. De toute évidence, l'élaboration d'un plan stratégique de communication est une nécessité.

3.2.5 Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

L'information sanitaire est indispensable à la prise de décisions éclairées pour améliorer la performance du système à tous les niveaux. Le Niger dispose d'un système d'information sanitaire dont les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs dès lors qu'il

se limite aux seuls domaines de la surveillance épidémiologique et au suivi des activités de santé, ne prenant pas en compte suffisamment les données du secteur privé. La qualité des données et leur disponibilité permanente aux différents niveaux restent à améliorer notamment la mise à échelle nationale du tableau de bord du CSI introduit depuis 2008. La désagrégation de ces données pour prendre en compte les besoins des différents programmes et les aspects du genre reste à renforcer.

L'articulation au plan institutionnel avec l'Institut National de la Statistique ainsi que les relations fonctionnelles avec les autres structures du MSP aux différents niveaux du système demandent à être revues. La même question se pose pour l'organisation et la décentralisation des services à travers la mise à disposition d'infrastructures, d'équipements adéquats et surtout de ressources humaines compétentes et motivées.

La mise en place d'outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs, le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions éclairées restent à améliorer. Il en est de même pour l'archivage, la diffusion voire la publication des informations sanitaires en faisant davantage appel aux nouvelles technologies de la communication.

Par ailleurs, le Niger ne dispose pas d'un observatoire destiné à approfondir la recherche et la qualité de l'information sanitaire dans les domaines prioritaires de santé publique.

3.2.6 La participation communautaire

Au Niger, la participation communautaire a évolué en pratique dans un contexte réducteur par rapport à son cadre conceptuel, la fixant pour beaucoup aux aspects financiers liés au recouvrement des coûts et à la gestion des médicaments avec un pouvoir limité dans l'affectation de la marge dégagée par le recouvrement et un faible engagement lié à une insuffisance d'implication de la communauté dans la prise locale de décision.

L'évaluation externe à mi-parcours du PDS 2005-2010 a fait ressortir les principales faiblesses de la participation communautaire suivantes :

- Non adoption des textes révisés sur la Participation communautaire ;
- Faible participation des collectivités territoriales au financement des services de santé ;
- Retard de diffusion du guide de formation en micro planification ;
- Insuffisance de fonctionnalité des COGES et des COSAN. Le pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel est resté à 57,1 % en fin premier trimestre 2010 pour un objectif de 80%.

3.2.7 Coordination des interventions

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS précédent, un mécanisme de planification et de suivi évaluation des interventions a été développé. La fonctionnalité des différents organes mis en place à cet effet depuis la base (conseil de santé du CSI) jusqu'au niveau central (CTNS et CNS) semble satisfaisant pour ce qui est de la régularité des sessions. Toutefois, la qualité de leurs actions reste à renforcer surtout au niveau des CSI à travers la généralisation de la micro planification. Pour ce faire, le guide de formation en micro planification de l'aire

de santé des CSI sera actualisé sur la base des stratégies retenues dans le PDS et d'une approche de planification opérationnelle des interventions axée sur les résultats.

Au niveau opérationnel, la mise en œuvre des différents programmes souffre d'un excès de verticalité fortement lié aux modalités d'intervention des PTF qui en assurent le financement. Aussi, arrive-t-il que les niveaux central et intermédiaire exécutent des activités qui sont du ressort du niveau opérationnel.

Les DRSP et les médecins chefs de district sont ainsi amenés à appliquer des directives reçues hors d'une intégration préalable dans leurs propres plans (PDS) et programmes annuels (PAA). Le regroupement des PTF autour d'un chef de file a partiellement remédié à cette situation. Mais, si l'élaboration des PDS et des PAA offre l'opportunité de fonder aisément l'ensemble des activités dans une matrice commune, il n'en demeure pas moins que certains PTF continuent à concevoir leurs programmes spécifiques, à les mettre en œuvre et à les évaluer avec leurs ressources propres, humaines, financières et matérielles.

Au niveau central et régional, la fonctionnalité des cadres de concertation avec les PTF doit être renforcée en l'intégrant dans le processus général des organes de suivi évaluation du PDS. Il persiste par ailleurs des difficultés de coordination entre les différents programmes et directions centrales. C'est dans cette logique d'amélioration de la coordination des interventions des acteurs à court et moyen terme que le MSP s'est orienté vers l'élaboration d'un CDMT couplé à un Compact pays pour mettre en œuvre le présent PDS. Ces actions novatrices devraient permettre d'améliorer la prévisibilité et l'efficacité des apports des différents acteurs dans la mise en œuvre de ce PDS sous un leadership plus affirmé du MSP.

La coordination avec les autres secteurs connexes, au-delà de la simple participation aux différentes réunions organisées, doit se concrétiser, tel qu'il a été retenu dans la SDRP, de façon synergique autour d'actions communes telles que l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, l'éducation, l'agriculture, l'énergie, l'aménagement des infrastructures routières et l'implantation des moyens de communication, toutes indispensables au bon fonctionnement des services de santé et, partant, à l'amélioration de la santé des populations. La recherche d'une synergie d'intervention doit être améliorée pendant les différentes étapes de planification, mobilisation/affectation des ressources, suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions du PDS à tous les niveaux.

3.2.8 La recherche dans le système de santé.

Malgré l'existence d'un document de stratégie nationale de promotion de la recherche en santé 2003-2007 et l'inscription de la recherche en santé dans le PDS 2005-2010, celle-ci n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante. De nombreux domaines de recherche (les maladies infectieuses, les maladies non infectieuses, les systèmes de soins, l'espacement des naissances, ...) et des structures compétentes (CERMES, les services du MSP, la Faculté des Sciences de la Santé, les hôpitaux, les ONG, le LASDEL, les écoles de formation professionnelles, ...) existent.

L'analyse de la recherche au Niger révèle les insuffisances ci-après :

- La majorité des chercheurs potentiels n'ont aucune formation en méthodologie de la recherche en santé ;
- Le Ministère de la Santé Publique manifeste une faible détermination dans la promotion de la recherche en santé particulièrement la recherche action (RA);
- La coordination des travaux de recherche en santé par la DEP est insuffisante ;

- Très peu de résultats de recherche en santé ont fait l'objet d'une diffusion, d'une exploitation ou d'une application ;
- La contribution financière nationale (Etat, Privés) à la Recherche en Santé est insuffisante ;
- Le financement de la Recherche en Santé reste fortement tributaire de l'aide extérieure ;
- Les opportunités de financement par les partenaires extérieurs sont méconnues des chercheurs potentiels ;
- Aucun plan de développement de la recherche en santé n'a été élaboré ;
- La situation exacte de la Recherche en Santé au Niger n'est pas connue ;
- La communication et la collaboration entre les chercheurs, institutions de recherche (dans le pays et à l'extérieur) et entre chercheurs et utilisateurs des résultats de la recherche sont insuffisantes voire inexistantes ;
- Les moyens technologiques mis à la disposition de la recherche sont insuffisants et/ou mal exploités ;
- L'absence d'un mécanisme de motivation des chercheurs potentiels favorise l'exode des cerveaux et freine la RS.

3.3. Synthèse des difficultés et contraintes majeures du secteur

L'analyse de la situation a permis d'identifier des points de blocage importants sur une trame de fond faite d'une grande pauvreté pour une majorité de la population et de comportements socioculturels péjoratifs pour l'état de santé, mais partiellement réductibles à terme par des actions d'IEC/CCC.

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

- Faiblesse des ressources humaines en quantité, qualité et distribution géographique,
- Faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants à tous les niveaux,
- Insuffisance de l'approche communautaire vue sous les angles de l'implication des ménages et relais communautaires, de l'effectif des ASC, de leur formation et des modes de leur rétribution à pérenniser ainsi que sur celui de la rationalisation de l'utilisation des cases de santé,
- Insuffisance de la qualité des soins et des prestations, en particulier pour ce qui est de l'accueil et du comportement des prestataires vis-à-vis des patients.
- Faible attention accordée aux activités de la recherche en santé;
- L'insuffisance des capacités institutionnelles du MSP qui peut expliquer la tendance du niveau central à se focaliser sur des activités opérationnelles plutôt que sur des interventions stratégiques de conception, de recherche et de suivi-évaluation.

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

- Difficultés d'intégration des programmes verticaux ;
- Insuffisance de couverture sanitaire pour l'accès universel aux services SR de qualité : la PF, le suivi de la grossesse normale et à risques, le développement de la PTME, le PEV, la PCIME et la nutrition ;
- Retards de remboursement des fonds utilisés pour la gratuité des soins ;

- Faible fonctionnalité de la référence contre référence entravant la continuité et qualité des services en particulier pour les SONUB et les SONUC.

Ces aspects, qui influent significativement sur l'atteinte des objectifs, sont à prendre en compte pour donner leur pleine efficacité/efficacités à la réalisation des interventions prioritaires et des activités à haut impact sur lesquelles le PDS entend concentrer son attention. Leur résolution tient pour beaucoup à des décisions liées au niveau central, d'autres ressortent essentiellement de choix opérés au niveau opérationnel.

Il convient aussi de relever les obstacles majeurs suivants :

- Le sous financement du secteur et la faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités de santé entre zones rurales et urbaines ;
- La faiblesse du système de suivi évaluation axé sur les résultats et de la recherche en santé ;
- La faiblesse de la gouvernance et du leadership ;
- La faible participation des organisations de la société civile dans la construction et/ou la gestion des formations sanitaires et le non respect des normes d'implantation ;
- Les carences dans la gestion de la maintenance des bâtiments et équipements ;
- L'environnement de travail peu favorable à une bonne dispensation des prestations ;
- L'insuffisance ou l'absence de stratégies adéquates de lutte contre les maladies.

En définitive, trois points méritent une attention toute particulière, la disponibilité permanente des intrants, la question des ressources humaines et la bonne gouvernance, hors desquels on ne peut véritablement pas envisager la réussite du PDS.

4. Vision :

Le Niger est une nation où tous les citoyens bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec une pleine implication des populations.

Principes et Valeurs

- le droit à la santé pour tous ;
- Soins de santé primaire (SSP) ;
- Acceptabilité et la qualité de soins de santé ;
- Intégration ;
- Gestion Axée sur les Résultats et l'efficacité ;
- La décentralisation ;
- Bonne gouvernance et réactivité du système de santé ;
- La coordination intersectorielle et la durabilité ;
- L'éthique dans le domaine de la santé et les droits humains ;
- L'équité, la solidarité, la participation, l'identité culturelle, les points de vue tenant compte de Genre.

5. Objectifs et Axes stratégiques

5.1 Objectif général

L'objectif général que s'assigne le Niger est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé.

5.2. Objectif spécifique

Afin de répondre à cet objectif général, l'objectif spécifique assigné au PDS 2011-2015 est d'offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables.

Pour ce faire, un ensemble de niveaux d'indicateurs de services ont été renseignés dans le logiciel MBB (Budgétisation Marginale pour la réduction des Goulots d'étranglement) qui déterminent, en retour, les objectifs en matière de niveau de santé (indicateurs OMD). La variation des indicateurs de service (ou niveaux de couverture) entre leur niveau de base (en général 2006) et les niveaux objectif (2015) permet d'estimer l'impact que cette variation aura sur les indicateurs de niveau de santé (taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle essentiellement).

En conséquence, si l'on considère les niveaux des taux de mortalité en 2006, les calculs effectués par le logiciel MBB indiquent que ceux-ci passeraient de 198‰ pour la mortalité infanto-juvénile (OMD 4) et 648 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle (OMD 5) à, respectivement, 114‰ et 405 pour 100 000 en 2015. Les cibles OMD correspondantes, sur la base des réductions visées par rapport aux niveaux de 1990 (réduction des deux tiers pour la mortalité infanto-juvénile et des trois-quarts pour la mortalité maternelle), sont, respectivement, de 108,7‰ et 175 pour 100 000 naissances vivantes.

Si l'on part des taux de mortalité des populations cibles des OMD en 2010 estimés à partir des tendances observées de 1990 à 2006¹¹, les gains en termes de réduction de mortalité placeraient le Niger sur la trajectoire de l'atteinte de l'OMD4. Quant à l'OMD5, il ne serait pas atteint, mais des gains significatifs seraient obtenus. Sur la base de ces trajectoires, les niveaux attendus seraient respectivement de 93‰ et 396 pour 100 000 naissances vivantes par rapport aux cibles de 108,7‰ et de 175 pour 100 000. On voit donc que la cible de l'OMD 4 est très proche de l'objectif initial, tandis que la faible réduction de la mortalité maternelle jusque-là implique un décalage encore assez important par rapport à l'OMD 5.

Concernant l'OMD 6 (« Inverser la tendance actuelle d'évolution des IST/VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose »), le Niger a obtenu dans les années récentes quelques résultats encourageants. Ceux-ci ont été commentés en détail dans la section 3.1. Ainsi, le taux de dépistage de la tuberculose augmente, celui du succès thérapeutique également. Cependant, l'incidence progresse (de 50 à 77 cas pour 100 000 habitants entre 2005 et 2008 pour les cas TPM+). Dans le cas du paludisme, là aussi les taux d'utilisation des stratégies de lutte augmentent, mais le niveau d'incidence évolue en dent de scie. Quant au VIH/SIDA, même si le niveau de prévalence est faible et semble diminuer légèrement (de 0,87% en 1998 à moins de 0,7% en 2006).

Enfin, un ensemble de maladies à prévalence croissante ou dont la prise en compte a été négligée par le système de santé au Niger (telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers, la drépanocytose, les maladies respiratoires chroniques, certaines maladies tropicales notamment parasitaires) doivent être prises en compte spécifiquement dans le cadre du PDS 2011-2015. Il serait dangereux, en effet, de ne pas leur accorder une attention particulière au risque de voir la situation se dégrader rapidement.

5.3. Principes d'intervention et Axes stratégiques

5.3.1. Principes d'intervention

La mise en œuvre du PDS repose sur les principes et les valeurs suivants :

- Le droit à la santé pour tous que le PDS 2011 – 2015 aidera à matérialiser dans la mesure des ressources disponibles. Il facilitera notamment l'accès aux soins de la grande majorité de la population, y compris des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus démunis selon l'approche soins de santé primaires (SSP);
- Le PDS 2011 – 2015 est la traduction sectorielle des orientations de la SDRP 2008 – 2012 et des OMD. Il constitue le cadre de référence pour toutes les interventions en santé sur la période 2011 – 2015 ; il s'inscrit également dans les nouvelles initiatives gouvernementales de dimensions sectorielles ou globales : COMPACT, Programme 10° FED en faveur de la gouvernance, ...;
- Le PDS 2011 – 2015 a été élaboré selon la « Gestion Axée sur les Résultats ». Il fixe des objectifs précis et ambitieux dont l'atteinte est fonction de l'adéquation des ressources qui seront mobilisées;

¹¹ L'étude sur l'évaluation des progrès réalisée vers l'atteinte des OMD en 2006 par MSP a montré que les taux de mortalité infanto juvénile et maternelle se réduisaient respectivement de 9% et de 0,035% par an entre 1990 et 2006.

- Le PDS 2011 – 2015 souscrit aux initiatives régionales et internationales en matière de santé
- La concertation avec l'ensemble des acteurs du système de santé est la pierre angulaire qui a guidé l'élaboration du PDS et qui doit se poursuivre dans sa mise en œuvre dans le respect de l'équité, la solidarité, l'identité culturelle, les points de vue tenant compte de Genre et les droits humains ;
- Une coordination efficace des interventions sous le leadership du MSP est attendue pour en optimiser l'impact en recherchant l'intégration en particulier celles du VIH/SIDA et SR
- L'efficacité dans l'utilisation des ressources sera systématiquement recherchée. A ce titre, priorité a été donnée aux interventions à haut impact et les plus coût - efficaces ; Pour ce faire, le MSP s'engage à intégrer dans la gestion du système de santé le calcul des coûts de revient des prestations et services en mettant en place une cellule à cet effet.
- La gestion efficace des aides extérieures; L'appui extérieur continuera à être sollicité pour compléter l'effort interne de mobilisation de ressources. La coopération bilatérale et multilatérale sera renforcée et l'approche de jumelage des institutions de santé avec d'autres institutions extérieures sera développée. Une attention sera également accordée à l'élaboration des requêtes pour bénéficier des financements alternatifs mondiaux comme le fonds GAVI et le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. La mobilisation de cet appui extérieur sera faite dans le cadre de l'approche sectorielle avec comme objectif de regrouper tous les soutiens financiers et techniques au secteur dans un cadre commun de planification et de gestion s'articulant autour d'un programme de dépenses gouvernementales (CDSMT et Compact). A cet effet, les dispositions réglementaires du Fonds Commun seront révisées en vue d'améliorer sa gestion et d'inciter les partenaires à y adhérer.
- L'implication effective de tous les acteurs concernés, notamment des premiers bénéficiaires des interventions du Plan que sont les communautés. A cet effet, le PDS 2011 – 2015 tablera pour sa mise en œuvre sur une approche communautaire intégrée permettant d'offrir une offre globale de soins en adéquation avec les besoins et la demande des communautés ;
- Dans le même ordre d'idées, le MSP développera avec le secteur privé, qui dispose d'une offre de soins conséquente en forte progression, notamment en milieu urbain, un véritable partenariat permettant d'optimiser la couverture des besoins sanitaires essentiels des populations par une utilisation adéquate de l'offre globale de soins ;
- Le PDS 2011 – 2015 intervient dans un contexte de rareté des ressources eu égard aux crises financières et aux besoins énormes du secteur de la santé. Une priorisation systématique des interventions est nécessaire pour maximiser l'impact du Plan. Les interventions répondant aux critères de coût-efficacité et de durabilité seront privilégiées ;

- L'assurance qualité sera recherchée dans les soins offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaires : tertiaire, secondaire, primaire et communautaire ; une meilleure adéquation entre la demande et l'offre de soins sera ainsi obtenue ;
- L'adoption systématique de l'approche de « la gestion axée sur les résultats ». A cet effet, l'accent sera mis sur la fixation d'objectifs, de cibles et d'indicateurs pertinents pour l'appréciation des résultats et impacts obtenus ;
- Les réformes en cours dans le cadre des mutations institutionnelles et humaines et destinées à améliorer l'efficacité du MSP seront approfondies, notamment en ce qui concerne la séparation et une meilleure organisation des fonctions de « régulation » et de « production », et la contractualisation des services au tiers ;
- La poursuite de la déconcentration/décentralisation horizontale et verticale afin de responsabiliser les acteurs du système à tous les niveaux tout en leur assignant une obligation de résultats. A cet effet, il sera poursuivi le renforcement des structures chargées de la production de soins aux niveaux tertiaire (HN et Maternité de référence), secondaire (CHR et Maternité de référence), primaire (Districts sanitaires) et communautaire (aires des cases de santé, relais communautaires), qui seront renforcées et mieux responsabilisées. Cette responsabilisation ira de pair avec une meilleure appropriation du processus et des interventions par ces acteurs nationaux ;
- Enfin, le Niger est membre actif de certains organismes en charge de l'intégration régionale et prend part à des initiatives internationales en santé. Le PDS 2011 – 2015 s'inscrit dans le cadre de ces initiatives régionales et internationales. Les interventions qui ont une valeur ajoutée régionale seront traitées en tenant compte de la dimension « intégration régionale » et en rapport avec les pays et institutions concernés. Il en sera de même pour les interventions rentrant dans le cadre des initiatives internationales.

5.3.2. Axes stratégiques

Résultant de la définition de l'objectif général et de l'objectif spécifique assignés au PDS, huit axes stratégiques ont été retenus par le MSP pour assurer la mise en œuvre du plan sur la période 2011-2015. Globalement, ils s'inscrivent dans la continuité du cadre stratégique déjà en place (PDS 2005-2010) en l'adaptant néanmoins aux conditions actuelles et aux objectifs spécifiques assignés à l'horizon 2015.

Les huit axes prioritaires de la stratégie de mise en œuvre de la politique de santé pour les 5 années à venir sont donc les suivants :

- Extension de la couverture sanitaire ;
- Développement des services de la santé de la reproduction de qualité ;
- Dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ;
- Disponibilité permanente des médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivée;
- Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ;

- Renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ;
- Développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
- Promotion de la recherche en santé.

Ces axes prioritaires sont traduits dans les sections qui suivent en stratégies d'intervention et en interventions prioritaires/à haut impact. Le choix stratégique du type de prestations à mettre à l'échelle prend en compte les soins complets, intégrés, continus et centrés sur la personne le long du cycle de vie et l'accès universel aux soins de santé.

5.3.2.1 Etendre la couverture sanitaire

Cette stratégie se réalisera à travers la mise à niveau de l'existant, la construction de nouvelles infrastructures y compris la transformation des cases de santé en CSI, leur dotation en équipement adéquat, l'entretien et la maintenance de ces infrastructures et équipements.

En fonction des spécificités géographiques et des modes de vie des populations, l'offre de soins sera assurée à travers d'autres stratégies appropriées (stratégies avancées, mobile décentralisée, ...).

Les attributions respectives de l'administration des HD et de l'ECD sur cet aspect seront précisées ; les services des DRSP seront renforcés en personnel technique : techniciens biomédicaux, logisticiens, informaticiens ; la viabilisation des installations et services de maintenance existants sera restaurée tout en gardant la contractualisation comme alternative.

➤ Mise à niveau de l'existant

Elle se fera à travers l'adaptation des infrastructures au développement des activités qui leur sont dévolues afin d'offrir des soins et services de qualité notamment pour un accouchement assisté de qualité. Ceci se traduira par l'extension et la réhabilitation des locaux (50% des CSI, 25% des CS, 100% des HD, 65 % des CHR et 100% des MRR) y compris l'adduction en eau potable et l'électrification. Une priorité sera accordée à la mise à niveau des formations sanitaires de base (CS, CSI et HD) afin de renforcer l'accouchement assisté de qualité. L'aspect référence/contre référence doit devenir une réalité envisagée avec une logistique adaptée.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

Privilégier les réhabilitations ou les extensions des CS, CSI et HD en lien avec l'offre de soins et de services en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, notamment les salles d'accouchement, l'adduction d'eau et l'électrification.

➤ Construction des infrastructures sanitaires

L'accent sera mis sur la poursuite de la transformation des infrastructures existantes (cases de santé en CSI, CSI type I en CSI type II, CSI type II en HD) et la construction de nouvelles infrastructures selon les besoins afin de réduire les disparités, en prenant en compte les clôtures, la construction de logements et de latrines. Pour cela, le cadre d'intervention des

différents acteurs dans la construction et/ou la gestion des formations sanitaires sera renforcé et les normes et principes en matière d'implantation des infrastructures sanitaires contenus dans la carte sanitaire respectés pour faire passer la couverture sanitaire de 50% à 71% d'ici 2015.

Le développement des CHR et la fonctionnalité des Centres Mère – Enfant doivent constituer une priorité soutenue par l'élaboration de projets d'établissement autour de plateaux techniques adaptés. Le MSP définira l'ancrage et le devenir de chaque Centre Mère et Enfant dans le système de santé en fonction de la spécificité de chaque région.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

Privilégier la transformation des CS en Centres de Santé Intégrés selon les normes établies ;

- Transformer annuellement 3 à 5% des cases de santé en CSI soit une moyenne annuelle de 58 à 97 au niveau national et affecter du personnel de santé capable d'assurer le paquet minimum d'activités dévolu aux CSI.
- Transformer les CSI ciblés afin de les adapter aux besoins en santé des adolescents et des jeunes.

➤ **Équipement des formations sanitaires**

Une attention particulière sera accordée à la mise à niveau des techniques et technologies biomédicales à tous les niveaux de soins avec un accent particulier mis sur la prise en charge de la filière mère - enfant. Elle se traduira par le remplacement des équipements obsolètes, l'acquisition de nouveaux qui correspondent aux normes et à la technologie appliquée à chaque niveau et leur gestion efficace.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

Privilégier l'équipement, dans l'ordre, des :

- Blocs opératoires, Services d'urgence, services de réanimation ;
- Laboratoires d'analyse biologique et services d'imagerie médicale.

➤ **Maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires :**

Elle sera réalisée à travers la mise en œuvre de la stratégie nationale de gestion et de la maintenance des infrastructures et équipement du secteur de la santé qui met un accent particulier sur la décentralisation des services et leur fonctionnalité, le renforcement des capacités et la contractualisation.

La décentralisation des services qualifiés à travers l'utilisation des ouvriers polyvalents sera poursuivie en vue d'augmenter l'efficacité dans les interventions. Pour ce faire, le recrutement, la formation et ou le recyclage du personnel dans ce domaine seront renforcés de même que l'implantation des ateliers dotés d'équipements adéquats, y compris les pièces de rechange, aux différents niveaux du système en fonction des besoins. Le renforcement des capacités au niveau central soutiendra ce processus.

L'approche de contractualisation avec les acteurs privés sera appliquée selon les cas en vue de garantir l'efficacité surtout pour les équipements lourds de haute technologie.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Disposer d'un plan de réhabilitation des infrastructures ;
- Créer un service de gestion des équipements et des infrastructures au niveau des DSRP ;
- Former des techniciens biomédicaux ;
- Renforcer les compétences des Ouvriers Polyvalents de Maintenance (OPM) au niveau des districts.

➤ Autres stratégies d'accès aux soins et services de santé

En fonction des spécificités géographiques (zones d'accès difficile) et des modes de vie des populations (nomades), l'offre de soins sera assurée à travers les stratégies appropriées dont les stratégies mobiles et avancées y compris la chirurgie foraine. L'offre privée de santé sera promue pour contribuer également à l'amélioration de la couverture sanitaire des populations.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Cibler les localités à forte concentration humaine en intégrant au maximum les activités.
- Développer avec le secteur privé, qui dispose d'une offre de soins conséquente en forte progression, notamment en milieu urbain, un véritable partenariat permettant d'optimiser la couverture des besoins sanitaires essentiels des populations par une utilisation adéquate de l'offre globale de soins ;
- Mettre en place un dispositif d'appui à l'installation de professionnels de santé de statut privé, particulièrement dans les zones insuffisamment couvertes.

5.3.2.2 Développer les services de la santé de la reproduction de qualité

Le développement de services SR se fera à travers cinq paquets d'intervention:

➤ Planification familiale

Elle passera essentiellement par l'intégration effective de la PF dans le PMA dans toutes les formations sanitaires publiques et privées, la promotion de la distribution des contraceptifs à grande échelle et à base communautaire y compris la création d'un environnement favorable à l'utilisation de la PF (promotion des activités de Communication pour le Changement de Comportement) et la vulgarisation de documents importants comme le plan de sécurisation des produits SR et la stratégie IEC.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Assurer la disponibilité des intrants PF (contraceptifs, matériels PF, etc.) ;
- Intégrer la PF dans le PMA de case de santé ;
- Distribution des contraceptifs à base communautaire (DBC) ;
- Renforcement de la distribution des contraceptifs à grande échelle y compris par le marketing social ;

- IEC en faveur de la PF –SR – Questions populations.
- Mener des activités SR/PF en stratégie mobile et avancée.

➤ **Amélioration des services de la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ)**

Elle passe par l'adoption et la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé des adolescents et des jeunes qui prend en compte aussi bien la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) que la lutte contre les fléaux sociaux. L'accent sera mis sur l'intégration des activités de santé des adolescents et des jeunes et l'adaptation des centres de santé à cet effet.

Elle ciblera plus particulièrement la mise en œuvre d'activités IEC orientées vers le changement de comportement des jeunes et leurs parents, la disponibilité de services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité accessibles aux jeunes et adolescents correspondant mieux à leurs besoins. Un accent particulier sera mis également sur la disponibilité de produits contraceptifs (y compris les préservatifs) accessibles à tout moment par le biais d'animateurs de groupes de jeunes formés (éducation par les pairs) pour mieux encadrer ceux-ci à l'adoption d'un comportement sexuel responsable et à l'utilisation des services de santé pour les soins et les conseils.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- IEC (y compris le Counseling) sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes ;
- Dépistage volontaire de l'infection au VIH ;
- Dépistage volontaire de la drépanocytose ;
- Prise en charge des conséquences de l'avortement ;
- Prise en charge des IST.

➤ **Amélioration de la prise en charge de la santé de l'enfant**

Elle se fera à travers :

- La mise en œuvre de la stratégie survie de l'enfant qui s'articule autour de la nutrition, PEV+, PCIME+, PTME+, maternité et néonatalogie, eau, hygiène, assainissement et environnement dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. Un accent particulier sera mis sur la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) ;
- L'attribution du Label "Survie" aux districts répondant aux critères établis ;
- La mise en œuvre du plan d'action pour la nutrition dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (en particulier la promotion de la croissance à assise communautaire) ;

Il sera également envisagé le développement d'un partenariat public privé dans ce cadre de la santé de l'enfant.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact :

- Application des pratiques familiales essentielles ;

- Utilisation d'installations sanitaires (latrines) et élimination hygiénique des excréments humains ;
- PTME ;
- Utilisation des MILDA ;
- Allaitement maternel exclusif pendant 6 premiers mois ;
- Utilisation SRO et zinc en cas de diarrhée ;
- Utilisation du sel iodé ;
- Dépistage de la malnutrition aiguë et référence ;
- PCIME Clinique (Fièvre, IRA, diarrhée...) ;
- PCIME de référence (PHI/TETU) :
 - Alimentation de complément du nourrisson à partir de 6 mois et du jeune enfant ,
 - Prise en charge de la malnutrition chez les moins de 5 ans selon le protocole national ,
 - Vaccination complète PEV Plus des enfants de moins d'un an (vaccination, distribution MII),
 - Supplémentation en vitamine A et déparasitage des enfants.

➤ **Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né**

Un accent sera mis sur l'accouchement sous assistance qualifiée, l'extension et la qualité des SONU notamment les SONE 1, SONE 2, la CPNR, la PTME, les audits (clinique et décès maternels), la nutrition. En outre, le système de référence et contre référence sera dynamisé en valorisant au mieux les centres de références à tous les niveaux. Il sera également procédé au renforcement de la réactivité des services et des capacités de la communauté dans la reconnaissance des signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Par ailleurs, les interventions de lutte contre la fistule obstétricale, les pratiques traditionnelles néfastes et les cancers gynécologiques seront renforcées. Des actions appropriées visant la promotion du don du sang et la disponibilité dans les formations sanitaires de sang et de ses dérivés sécurisés seront développées.

En outre, une attention sera portée sur l'aménagement d'espaces de soins du nouveau-né (table chauffante, masque à ambu, aspirateur électrique ou manuel, oxygène...) et sur la méthode « Kangourou » au niveau de toutes les maternités et CSI de type II et des unités de TRO pour les cases et les CSI

L'implication des cibles secondaires dans les interventions de SR se réalisera par leur identification et la définition de leurs rôles dans chacune des interventions. Les époux, les beaux-parents, les leaders d'opinion seront particulièrement ciblés. L'expérience de « l'école des maris » sera évaluée et vulgarisée en fonction des résultats.

La gratuité des soins sera poursuivie et même renforcée avec son extension à d'autres prestations.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Audit des décès maternels survenus dans les formations sanitaires ;
- Assistance qualifiée à l'accouchement ;

- Réalisation des CPON (conseils nutritionnels, espacement des naissances...);
- Conseils diététiques et éducation nutritionnelle ;
- Gratuité des soins aux enfants de 0 à 5 ans, de la CPN, de la PF, des cancers gynécologiques.... ;
- Information/sensibilisation sur les CPNR et l'accouchement assisté, la CPON et la PF
- Réalisation des CPN recentrée (Préparation à l'accouchement, VAT, Fer acide folique, TPI, MII, conseils nutritionnels, conseils/dépistage VIH et drépanocytose) ;
- Renforcement des compétences des agents de santé et autres intervenants en SONE, PTME, CPN/R, Nutrition, drépanocytose, PCIME+ y compris l'introduction du Zinc-SRO, ... ;
- Information/sensibilisation sur le VIH-SIDA, le PEV (y compris les perdus de vue) et la prévention du Paludisme ;
- Distribution Vit A en post partum ;
- Soins au nouveau-né (désobstruction nasale, sécher, soins yeux, soins cordon ombilical, réchauffer, AME précoce, pesée) ;
- Offre des SONUC (SONUB+ césarienne, transfusion, soins du nouveau né) ;
- Offre des SONUB ;
- Consommation des aliments riches (feuilles, légumes verts, fruits, aliment d'origine animale...) ou fortifiés en micronutriments (Fer, Vitamine A, iode et Zinc).

➤ **Amélioration de la prise en charge de la santé de l'homme**

La prise en charge des dysfonctionnements sexuels de l'homme doit se faire par les services de santé de la reproduction adéquats. Cela passe par le renforcement des capacités de ces structures en matière de ressources humaines compétentes et d'équipements appropriés.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Renforcement de la lutte contre la stérilité/infertilité et les cancers génitaux ;
- IEC/CCC.

5.3.2.3 Doter les structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins

Les domaines d'intervention prioritaires en matière de GRH s'inscrivent dans la continuité des priorités fixées lors du PDS 2005 – 2010 : (i) améliorer la disponibilité des ressources humaines dans les formations sanitaires, (ii) renforcer les compétences des agents de santé, (iii) planifier la formation initiale et continue, (iv) acquérir la maîtrise du suivi des effectifs, (v) développer la gestion prévisionnelle des ressources humaines.

Le développement des ressources humaines vise à rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. Il passe par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines et du Plan de Développement des Ressources Humaines 2011 – 2020 (en cours d'élaboration) axé sur l'adaptation de la formation initiale et continue, le développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences, le développement des pratiques de recrutement et de redéploiement, la gestion et la planification des carrières, le renforcement de la motivation des agents.

➤ **Adaptation de la formation initiale et continue**

Elle passe notamment par l'élaboration et le suivi évaluation de plans de formation continue des personnels du MSP (dont la spécialisation), le renforcement de l'encadrement technique et pédagogique des écoles et instituts de formation, l'adaptation régulière des curricula et programmes de formation et la mise en place d'un système d'accréditation qualitatif des écoles privées et publiques de formation en santé.

Dans ce cadre, la collaboration entre le Ministère de la santé, l'Université et les Ecoles de formation en sciences de la santé sera renforcée tant pour la formation en cours d'emploi que pour la formation initiale et ce en vue de garantir l'efficacité.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Privilégier la formation du personnel en relation avec la santé maternelle et infantile notamment en faveur des infirmiers, des médecins à compétence chirurgicale, des personnels en appui au fonctionnement des blocs opératoires des HD (aides anesthésistes, aides chirurgiens et TSR...), des sages-femmes et des relais communautaires.

➤ **Développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences**

L'adoption du cadre organique du niveau central et l'actualisation de celui du niveau déconcentré permettront de procéder à la description des fonctions et des postes clés au sein des structures de santé. La gestion par poste des affectations se fera alors selon une meilleure adéquation profil/poste. Une maîtrise affinée de listings de personnel permettra la détermination des besoins en effectifs par corps et par structure sanitaire.

Priorités d'Interventions/ intervention à haut impact.

- Pallier le déficit en personnel assurant les soins de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires de base (CSI et HD) surtout en milieu rural et périurbain pauvre ;
- Décrire les postes et les tâches du personnel assurant les soins de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires de base (CSI et HD) ;
- Affecter selon l'adéquation profil/poste les personnels assurant les soins de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires de base (CSI et HD) ;
- Décrire les postes d'encadrement notamment au niveau des DRSP et des Districts Sanitaires ;
- Affecter le personnel aux postes d'encadrement notamment au niveau des DRSP et des Districts Sanitaires.

➤ **Développement des pratiques de recrutement et de redéploiement**

Le recrutement par l'Etat des fonctionnaires et des contractuels sera sollicité et complété par les recrutements sur financements alternatifs (collectivités, ONG, communauté, PTF ...) selon une logique d'adéquation poste/profil conformément aux stratégies retenues dans le PDRH.

Le redéploiement visera à améliorer la disponibilité du personnel en milieu rural et éloigné. Pour être efficaces, les opérations de redéploiement d'effectifs devront bénéficier de mesures d'accompagnement (primes, plans de carrière, bourses d'étude, aide logistique,...).

Le plaidoyer sera poursuivi pour la régionalisation des postes budgétaires afin de réduire les disparités dans la répartition des effectifs.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Combler en priorité les déficits en personnel assurant les soins de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires de base (CSI et HD) surtout en milieu rural et périurbain pauvre ;
- Réviser les normes et standards en matière de RH nécessaires par type de formation sanitaire.

➤ Gestion et planification des carrières

Le développement d'un progiciel de Gestion des Ressources Humaines permettra d'informatiser le suivi nominatif des carrières. Il devra s'accompagner de la poursuite des efforts pour une meilleure gestion de l'information entre le niveau central et le niveau déconcentré à propos des affectations et divers actes administratifs ayant une incidence sur les carrières. De la même façon, la concertation entre le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi ainsi que le Ministère de l'Economie et des Finances devra être accentuée pour procéder à la régularisation des situations administratives et de carrière. Enfin, le statut des personnels de santé élaboré en 1989 pourra être révisé pour adaptation à l'évolution des métiers du secteur.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Mettre l'accent sur la gestion des carrières du personnel exerçant dans les formations sanitaires de base (CSI et HD) ;
- Mettre à jour les plans de carrière du personnel (cf. statut des personnels de santé) ;
- Assurer le suivi des carrières par le développement d'un progiciel de GRH.

➤ Renforcement de la motivation des agents

La mise en place d'un système d'évaluation des performances des formations sanitaires dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR) donnera lieu à l'octroi de primes à la structure et au personnel. Pour ce faire, un plaidoyer fort sera mené en direction de l'Etat et des PTF pour la mise en œuvre de cette approche.

Au regard des résultats de l'étude sur l'impact des mesures incitatives, un plaidoyer sera fait pour l'amélioration des mesures financières spécifiques adoptées au profit des personnels évoluant dans des zones défavorisées afin d'améliorer la rétention du personnel en périphérie.

L'accroissement des mesures non financières (félicitations, témoignages de satisfaction, ...) contribuera aussi à la motivation des agents.

L'analyse des charges de travail pour une meilleure répartition des tâches et du temps de travail au sein des structures sanitaires contribuera à la motivation et au rendement des agents.

Dans cet ordre d'idée, des stratégies d'utilisation ponctuelle et spécifique des personnels en surnombre dans certaines formations sanitaires seront développées au profit de structures déficitaires pour réaliser des interventions à haut impact.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Mettre en œuvre des mesures motivationnelles (ex : primes de performance) selon l'approche de gestion axée sur les résultats en priorité dans les formations sanitaires de base (CSI et HD) ;
- Promouvoir des mesures non financières ;
- Promouvoir l'approche collaborative sur les ressources humaines et en particulier mobiliser régulièrement le personnel excédentaire au profit de formations sanitaires déficitaires pour les interventions au bénéfice de la santé de la mère et de l'enfant.

5.3.2.4 Assurer la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés de qualité

➤ Renforcement de la logistique d'approvisionnement

Le renforcement du système d'approvisionnement passera par l'adoption et la mise en œuvre de la stratégie nationale de disponibilité des médicaments qui intègre les différents plans d'approvisionnement (Plan de Sécurisation des Produits SR (PNSPSR); plan d'approvisionnement des ARV, plan d'approvisionnement des antipaludiques, antituberculeux, ...) ainsi que la réorganisation de l'ONPPC.

Cette mise en œuvre passera par la maîtrise de:

- **Processus d'acquisition** : choix de médicaments, quantification, validation de la commande, respect de la période de couverture et du délai d'approvisionnement, le suivi de la commande, la gestion des stocks et des dons...
- **Processus de distribution** : maîtrise du circuit d'approvisionnement/distribution, moyen de transport (moyens roulants, chaîne de froid), le contrôle de stock ; la livraison, la gestion des données des médicaments, vaccins, réactifs et consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, l'adaptation des locaux aux normes de stockage et de conservation. Les principaux facteurs de succès sont l'éducation et la formation appropriée (gestion des stocks et dispensation, usage rationnel) du personnel: pharmaciens, préparateurs, personnel administratif, inspecteurs, comptables, magasiniers, pointeurs, transporteurs, etc. afin de contribuer à éviter le gaspillage et le coulage des médicaments en cours de distribution et améliorer l'utilisation des médicaments pour les soins de santé.
- **Renforcement de la capacité des acteurs** à tous les niveaux, notamment par la formation et la mise à disposition des outils appropriés couvrant toute la chaîne (approvisionnement - réapprovisionnement, gestion des stocks et dispensation).
- **Système d'assurance qualité des médicaments** qui prend en compte les procédures efficaces d'homologation, le contrôle de l'importation et le contrôle de qualité des médicaments, consommables médicaux et préservatifs, la pharmacovigilance et la création d'un comité pharmaco thérapeutique.
- **Collaboration avec le secteur privé pharmaceutique** renforcée à travers une meilleure régulation.

La gestion des MEG au niveau opérationnel doit faire l'objet d'une attention particulière. A cet effet il est nécessaire, de mettre en place un personnel qualifié au niveau des pharmacies des DS et de poursuivre le renforcement des capacités des prestataires. L'approche contractuelle serait une alternative. En outre, un accent spécifique sera mis sur la production et la promotion des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).

Toutes ces actions permettront d'améliorer la disponibilité à tout instant des médicaments, réactifs et consommables de qualité dans les formations sanitaires et autres niveaux légaux d'utilisation.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Définir le profil du personnel en charge de la gestion du médicament au niveau des DS ;
- Former le personnel sur la quantification/estimation des besoins, la gestion des stocks et la dispensation en vue de maîtriser les besoins annuels en MEG, vaccins, ARV, contraceptifs et réactifs des formations sanitaires ;
- Mettre en place et harmoniser à tous les niveaux les outils de planification des besoins et de gestion des stocks ;
- Réorganiser l'ONPPC par la définition des nouvelles missions des services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure d'assurer pleinement sa mission ;
- Adapter les pharmacies des districts et les pharmacies des CHR aux normes de stockage et de conservation ;
- Intégrer la logistique d'approvisionnement pour toutes les interventions sanitaires dans les missions de l'ONPPC ;
- Renforcer les capacités de contrôle du LANSPEX pour assurer le contrôle de qualité des médicaments, des consommables médicaux et des préservatifs conformément à la politique nationale pharmaceutique ;
- Appliquer le contrôle de qualité des médicaments, des consommables médicaux et des préservatifs conformément à la politique nationale pharmaceutique ;
- Réviser les paniers des différents niveaux en fonction des nécessités de prise en charge des pathologies prioritaires ;
- Renforcer le partenariat/contractualisation avec le secteur privé pharmaceutique.

Toutes ces actions permettront d'améliorer la disponibilité à tout instant des médicaments, réactifs et consommables médicaux de qualité dans les formations sanitaires et autres niveaux légaux d'utilisation.

➤ Développement des technologies biologiques et scientifiques

La mise à niveau des formations sanitaires en matière de technologies biologiques et scientifiques et la garantie d'une sécurité transfusionnelle permettront de disposer des techniques de diagnostic fiables et adaptées et du sang et dérivés de qualité en quantité suffisante.

Il s'agira aussi d'augmenter la capacité de production de la SONIPHAR afin de lui permettre de satisfaire la demande nationale dans la gamme des médicaments essentiels génériques fabriqués localement (solutés, sirop et comprimés de paracétamol, Cotrimoxazole, métronidazole, Acide acétyl salicylique, SRO...).

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Mener des campagnes de mobilisation sociale pour la collecte du sang ;
- Mettre en place des équipements de conservation dans les centres de collecte et les centres utilisateurs de produits sanguins ;
- Plaidoyer pour l'accroissement du financement destiné à la production locale des médicaments essentiels génériques ;

- Intégrer les MTA dans l'arsenal thérapeutique national ;
- Mettre en place des équipements pour les laboratoires d'analyse médicale au niveau des HD et des CHR ;
- Mettre en place un mécanisme de financement des produits sanguins.

➤ **Respect effectif des textes pharmaceutiques à tous les niveaux**

Le fonctionnement des structures et services du secteur selon les normes, passe par le renforcement de l'inspection pharmaceutique et thérapeutique, la création d'un comité pharmaceutique et thérapeutique et la lutte contre le marché illicite.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Renforcer l'inspection pharmaceutique et thérapeutique ;
- Créer un comité pharmaceutique et thérapeutique dans chaque établissement hospitalier ;
- Superviser annuellement des pharmacies hospitalières ;
- Former en inspection pharmaceutique et thérapeutique ;
- Former en supervision des pharmacies hospitalières.

5.3.2.5 Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée

L'intensification de la lutte contre les maladies passe par le renforcement des interventions existantes et le développement de stratégies opérationnelles dans des domaines non encore couverts (HTA, diabète, drépanocytose, cancers, maladies mentales...), la poursuite de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé et la promotion de la santé. Un accent particulier sera mis sur la sensibilisation des populations sur les principaux facteurs de risque des maladies. Les effets du changement climatique seront pris en compte dans les prévisions sanitaires. Pour améliorer l'efficacité des services hospitaliers la Télémédecine/Télésanté sera étendue.

➤ **Renforcement des interventions existantes**

Il s'agira d'intensifier la mise en œuvre des stratégies existantes à travers le renforcement des capacités des formations sanitaires à détecter et à répondre aux maladies provoquant des taux élevés de morbidité, d'incapacité et de mortalité seront renforcées et la prise en compte des avancées technologiques notamment de la télémédecine en vue d'une meilleure organisation et d'une plus grande efficacité de la prise en charge des patients.

Interventions prioritaires/à haut impact

Compte tenu du nombre élevé de maladies faisant l'objet de surveillance intégrée, la priorité sera accordée aux interventions suivantes qui ont un meilleur impact sur les mortalités maternelles et infanto juvénile :

- Lutte contre le paludisme : distribution de moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte, prise en charge des cas simples à base des combinaisons thérapeutiques d'artémisinine (pédiatrique, pour femmes enceintes et adultes) et prise en charge des cas sévères avec les sels de quinine ; assainissement du milieu et communication pour le changement de comportement ;
- Lutte contre le VIH/sida : dépistage volontaire et Prise en charge (PEC) par ARV pour les enfants, les femmes enceintes et les adultes, prise en charge des résistances chez les enfants et les adultes (1ère et 2e intention), prophylaxie au Cotrimoxazole pour les femmes enceintes, les adultes et les enfants des femmes séropositives, dépistage et prise en charge des IST.
- Lutte contre la Tuberculose : collecte des lames de crachats au niveau communautaire, décentralisation / renforcement de capacité des laboratoires, DOTS et retraitement des patients atteints de tuberculose;
- Lutte contre les maladies tropicales négligées : déparasitage dans les formations sanitaires et au cours des campagnes de traitement de masse, notamment pour les enfants et les femmes enceintes, dépistage et prise en charge des complications (éléphantiasis, Hydrocèle...);
- Promotion de la télémédecine : Equipement des HD et des CHR en Kit minimal de télémédecine, formation du personnel à l'utilisation des outils de la télémédecine, connexion Internet pour le démarrage des activités.

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

Il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre de nouvelles stratégies pour la prise en charge des maladies telles que l'hypertension artérielle, le cancer, le diabète, la drépanocytose ...avec un accent sur la prévention primaire et la lutte contre les fléaux sociaux (tabac, alcool, drogue ...). Dans la conception et la mise en œuvre des stratégies de prise en charge des maladies, le MSP veillera à l'adaptation des techniques et technologies de prise en charge.

Interventions prioritaires/à haut impact

- La lutte contre les maladies non transmissibles (Hypertension artérielle, diabète, cancers, drépanocytose, maladies respiratoires chroniques) : réalisation de dépistage de masse annuel, promotion de sport de masse, prise en charge ambulatoire, à domicile et en milieu hospitalier ; sensibilisation de la population ;
- La sensibilisation des populations sur les principaux facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles et les comportements et mode de vie favorables à la santé ;
- La lutte contre l'Hypertension et le diabète : réalisation de dépistage de masse annuel, promotion de sport de masse, prise en charge ambulatoire, à domicile et en milieu hospitalier ;

➤ **Coordination des interventions des programmes de santé**

Elle consistera à prendre en compte les activités des programmes dans la définition des PMA/PCA par niveau. Sur le plan managérial, il s'agira de renforcer la coordination des interventions des programmes nationaux verticaux de lutte contre la maladie au niveau stratégique et de transférer progressivement aux niveaux déconcentré et décentralisé les responsabilités en matière de gestion de programmes.

Elle passera aussi par le renforcement des capacités des acteurs, la dynamisation des comités de gestions des épidémies à tous les niveaux, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation des plans intégrés de ripostes à tous les niveaux. La surveillance intégrée de maladies et ripostes (SIMR) prenant en compte le règlement sanitaire international (RSI) sera intensifiée au niveau des formations sanitaires et de la communauté

Interventions prioritaires/à haut impact

- La coordination des interventions des programmes nationaux verticaux de lutte contre la maladie au niveau stratégique ;
- L'intégration des interventions au niveau opérationnel dans les PMA/PCA, harmonisation des outils de collecte des données ;
- L'organisation de la réponse dans le cadre de la lutte contre les épidémies en prenant en compte la dimension régionale de la lutte ;
- La vaccination de routine et de masse et la prise en charge des cas ;
- La surveillance intégrée des maladies : Renforcement du dispositif de surveillance, notamment par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation des plans intégrés de riposte à tous les niveaux, formation des personnels, dynamisation des comités de gestion des épidémies à tous les niveaux et mise en œuvre des dispositions du Règlement Sanitaire International ;

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

Il s'agira d'adopter et de mettre en œuvre la stratégie d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé.

Interventions prioritaires/à haut impact

- Collaboration entre les services de santé et les tradithérapeutes dans la prise en charge des patients;
- Intégrer la médecine traditionnelle dans le cursus de formation des écoles de santé

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

Il s'agit de renforcer les mesures d'hygiène et d'assainissement en milieu de soins et aux niveaux urbain et communautaire à travers la communication, l'amélioration des capacités des acteurs et l'aménagement des milieux en rendant la police sanitaire opérationnelle. Un accent particulier sera mis sur la prévention primaire pour la réduction de l'impact des maladies chroniques et l'élaboration d'une stratégie nationale pour la gestion des déchets biomédicaux.

Interventions prioritaires/à haut impact

- Le renforcement des mesures d'hygiène/assainissement : IEC, approvisionnement en eau potable, mise en place d'un système d'évacuation des déchets solides et liquides, promotion du lavage des mains, opérationnalisation de la police sanitaire, intégration des autres

facteurs qui influent sur la santé. Cette promotion permettra d'éduquer la population à mieux comprendre les déterminants de sa propre santé.

- L'élaboration d'une stratégie nationale pour la gestion des déchets biomédicaux.

➤ **Prise en compte du changement climatique**

La prise en compte du changement climatique passe par la promotion de la surveillance de la santé et de l'environnement pour faciliter la mesure des effets et l'évaluation des risques afin de mieux les gérer. Elle sera renforcée par la création d'un partenariat entre le MSP et les secteurs concernés par les questions environnementales.

Interventions prioritaires/à haut impact

- Création d'un partenariat avec les services météorologiques nationaux et régionaux pour la prise en compte des données météorologiques dans la définition des interventions de santé ;
- Intégration des risques et de la résilience climatiques dans la définition des interventions de santé ;
- Prise en compte des effets sur la santé de la variabilité et du changement climatiques dans les prévisions sanitaires ;

➤ **Promotion de la santé scolaire, de la santé mentale et de la médecine du travail.**

Elle passe par la mise en place d'un programme de santé scolaire et de la médecine de travail en collaboration avec les autres ministères impliqués dans le domaine.

Il s'agira aussi de renforcer la mise en œuvre du programme de santé mentale

Interventions prioritaires/à haut impact

- Développement et mise en œuvre d'un programme de santé scolaire et de la médecine de travail ;
- Mise en œuvre des activités liées à la promotion de la santé mentale.

5.3.2.6 Renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP

Le renforcement de la gouvernance et le leadership passera par la consolidation de la décentralisation/déconcentration, le renforcement de l'approche qualité, l'amélioration de la gestion des ressources financières et du système de suivi-évaluation. L'accent sera également mis sur le renforcement des capacités, la gestion de l'information sanitaire, la prise en compte du genre, la contractualisation, la multisectorialité, la supervision facilitante, le développement de la communication et de la participation communautaire.

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

La gouvernance et le leadership du MSP seront promus par la poursuite et le renforcement des réformes institutionnelles, de politiques et stratégies, de planification et de gestion des ressources et de coordination des interventions en santé. Ces réformes porteront sur :

- La poursuite des mutations institutionnelles du MSP entamées dans le PDS 2005 – 2010, notamment la séparation des fonctions de « Production » et de « Régulation » ;
- La consolidation de la décentralisation horizontale et verticale, et de la déconcentration ;
- La généralisation de la contractualisation et du partenariat comme mode de gestion des rapports avec les acteurs du secteur ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- Le renforcement de la gestion des ressources financières et matérielles du secteur ;
- L'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour le secteur, notamment par la systématisation de la définition des priorités en fonction des stratégies les plus efficaces et ayant le meilleur impact ;
- le renforcement et le développement de mécanismes, d'outils et de procédures favorisant l'harmonisation, la coordination et la gestion de l'aide ;
- La problématique des districts sanitaires à grand poids démographique et au nombre élevé des CSI;
- Le renforcement des cadres de concertation (revues, réunions d'échange, réunion avec les partenaires) à tous les niveaux ;
- Le renforcement du système de prévention et de gestion des conflits.

Interventions prioritaires/à haut impact

- La poursuite de l'autonomisation des structures de production des soins, notamment : (i) la transformation des structures nationales et régionales de référence en EPA pour leur conférer l'autonomie financière nécessaire à leur développement, (ii) l'élaboration des projets d'établissement par ces structures ;
- Le renforcement de la fonction de régulation du MSP au niveau central, des régions sanitaires et des services départementaux de la santé : planification stratégique, planification opérationnelle, législation et réglementation, supervision, contrôles, inspections et audits ;
- Le renforcement de la fonction de production des districts sanitaires incluant les réseaux de CSI et de cases de santé ;
- Le renforcement de la réactivité du système à tous les niveaux pour faire face à la demande ;
- Le renforcement de la réforme hospitalière, notamment par la mise en place des projets d'établissement hospitalier et de la démarche d'assurance qualité.
- Le développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé : révision du paquet minimum d'activités, relecture des textes réglementaires et actualisation des organes de gestion en tenant compte de ceux existant légalement dans le cadre de la décentralisation, mise en place des outils de planification (plans communaux de développement sanitaires notamment), de gestion et de monitoring...
- Le renforcement du Fonds Commun¹² par le plaidoyer pour l'adhésion d'autres partenaires et l'amélioration des procédures ;

¹² Le *Fonds Commun* est un mécanisme de financement du MSP sur la base des activités planifiées année après année (PAA), auquel contribuent la Banque Mondiale, l'AFD, et depuis 2010, la coopération bilatérale espagnole (AECID). C'est l'instrument financier de l'approche sectorielle (appui à un programme de développement sectoriel et mise en commun des ressources), mais il est géré selon les modalités de la Banque

- La dynamisation des organes de gestion à tous les niveaux du système de santé ;
- La contractualisation des rapports avec les communautés, DS et structures autonomes de production de soins, notamment dans le cadre du financement des plans de développement et de l'appui technique à apporter pour leur mise en œuvre ;
- L'externalisation des prestations pouvant être prises en charge plus efficacement par le secteur privé : mécanique auto, entretien des groupes électrogènes... ;
- La signature des accords de partenariat avec le secteur privé pour l'utilisation de ses capacités opérationnelles dans la couverture des besoins sanitaires des populations ;
- La définition et le respect de la clé de répartition des ressources entre les niveaux central, régional, district, communal et des EPA en respectant la clé de répartition définie de façon consensuelle ;
- L'élargissement, dans le budget de l'Etat, du nombre de rubriques budgétaires au profit des régions et le renforcement de leurs crédits en fonction de la clé de répartition ci-dessus. En particulier, les rubriques budgétaires autorisant les structures de soins au niveau des régions, districts et communautés à conduire des interventions en santé seront créées et/ou dotées de crédits conséquents permettant d'obtenir des résultats notables conformément à ceux attendus ;
- La mise en place d'approches et/ou d'outils renforçant la mise en œuvre du PDS stratégique et/ou servant de passerelle avec la Loi de finances : approche sectorielle globale par la poursuite du fonds commun, initiatives de mutualisation des ressources, COMPACT, CDMT et budgets – programmes : renforcement des capacités des structures et cadres sur ces approches/outils ;
- La systématisation des CNS, des RDP et la « traçabilité » des dépenses comme outils de gestion stratégique des ressources du secteur ;
- La généralisation des audits réalisés dans le cadre du Fonds Commun aux ressources propres des bénéficiaires, aux ressources budgétaires et à celles des autres partenaires intervenant dans la zone concernée. Chaque structure de production ou de régulation doit être auditée/inspectée au moins une fois par an ;
- Les mesures institutionnelles/organisationnelles nécessaires à l'amélioration des performances des districts sanitaires à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et avec un nombre élevé de CSI seront prises ;
- Le développement des compétences gestionnaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

➤ Assurance qualité

Elle se fera à travers la mise en œuvre du plan stratégique national d'assurance de qualité (AQ) 2008 – 2013 qui met un accent sur la définition/révision de normes, l'évaluation de ces normes et les approches structurées de la gestion de la qualité en vue de mieux sécuriser les patients.

Ces activités fondamentales de l'AQ élaborées et généralisées, seront pleinement intégrées au fonctionnement de l'organisation ou du système de soins de santé. Elles seront sous-tendues par les principes basés sur le travail en équipe, la vision systémique, l'utilisation des données et le client. Les acquis en la matière (approche collaborative, expérience AQ à Tahoua ...)

Mondiale, non par celles de l'Etat nigérien, ce qui en fait une distinction essentielle avec un mécanisme d'approche sectorielle classique.

seront consolidés et généralisés à tous les niveaux par la création d'un environnement propice à l'AQ.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Mettre en œuvre la stratégie nationale d'assurance qualité ;
- Actualiser les normes, protocoles et référentiels à tous les niveaux en prenant en compte les données, outils et expériences validés ;
- Renforcer les capacités des acteurs du système de santé dans les différentes approches structurées de gestion de la qualité ;
- Mettre en place un dispositif interne et externe de certification et d'accréditation des structures sanitaires en relation avec l'Observatoire National de la Santé ;
- Introduire l'AQ dans le curriculum de formation des agents de santé dans toutes les écoles de formation ;
- Promouvoir l'hygiène hospitalière et la lutte contre les infections associées aux soins (IAS) dans les établissements de soins.

➤ Prise en compte du genre

Elle se traduira par la prise en compte du genre dans la prise de décisions, la gestion des structures, l'offre de soins et la production de l'information sanitaire selon l'approche de discrimination positive.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Organiser les services en tenant compte des besoins spécifiques des différentes couches sociales (nouveaux nés, hommes, jeunes et adolescents, personnes handicapées, personnes âgées) ;
- Réviser la tarification des soins en tenant compte du niveau de vie des couches les plus vulnérables ;
- Désagréger les données sanitaires selon l'âge, le sexe et la localité ;
- Adapter les protocoles thérapeutiques pour prendre en compte les âges extrêmes des patients ;
- Adopter et faire appliquer les textes réglementant la participation communautaire en prenant en compte le genre.

➤ Développement de la communication

Le plan de communication doit s'inscrire dans une démarche globale d'appui à la mise en œuvre du PDS avec une attention particulière portée à la dimension communautaire des interventions.

Les canaux de communication les plus adaptés aux questions traitées et les plus coût efficaces seront identifiés. La communication interpersonnelle sera favorisée.

Un cadre institutionnel favorable et un mécanisme de concertation, de coordination, et de communication entre les structures du MSP d'une part et avec les autres structures d'autre part sera mis en place.

Le renforcement des capacités en communication ciblera préférentiellement les intervenants du niveau communautaire.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Elaborer un plan stratégique de communication en santé ;
- Améliorer le mécanisme de concertation, de coordination, et de communication à tous les niveaux ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan stratégique intégré de communication ;
- Développer les méthodes, outils et supports de communication interpersonnelle ;
- Instituer la production d'un bulletin périodique d'informations sanitaires ;
- Encourager les formations sanitaires à conduire, à leur niveau, des enquêtes légères de satisfaction des utilisateurs.

➤ Amélioration du système de suivi évaluation (SNIS)

Elle passe par le renforcement des capacités des structures en suivi évaluation et en gestion de l'information sanitaire, en supervision facilitante et en monitoring. Un accent particulier sera mis sur l'utilisation d'outils performants de gestion des données (Tableaux de bord santé, Data quality Survey, ...) à tous les niveaux. En outre, un observatoire national de la santé sera créé et doté de ressources nécessaires pour renforcer les capacités du système.

En ce qui concerne la gestion de l'information sanitaire, l'accent sera mis sur la collecte, le traitement et l'analyse des données générées à tous les niveaux pour permettre au système de disposer de données fiables pour la gestion du PDS et d'assurer la rétro information en temps utile. Une gestion efficace du PDS va nécessiter une restructuration complète du SNIS dans son format actuel.

La mesure de la performance du système sera assurée à travers la production et l'analyse des données de qualité aux fins d'une prise de décision judicieuse à tous les niveaux.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact.

- Assurer le fonctionnement permanent et adéquat du SNIS sur les ressources budgétaires de l'Etat ;
- Créer un observatoire national de la santé au mandat parfaitement défini et doté des ressources nécessaires à son fonctionnement ;
- Renforcer la supervision facilitante et le coaching surtout pour les agents de districts, des centres de santé intégrés et des cases de santé ;
- Organiser le système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour le besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux ;
- Définir et mettre en place des tableaux de bord permettant un suivi efficace des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer les capacités des agents pour l'utilisation des supports de collecte, de traitement, d'analyse des données et d'outils performants de gestion des données ;

- Renforcer les capacités techniques et logistiques des structures en charge de la gestion de l'information sanitaire (équipement, progiciel de traitement de données).

5.3.2.7 Développer les mécanismes du financement du secteur de la santé

A travers le PDS 2011-2015, l'Etat vise à renforcer la performance des structures de soins et à améliorer l'accès aux soins des communautés. Il entend ainsi renforcer l'offre de soins et à solvabiliser la demande tant pour permettre l'accès aux soins que pour assurer la viabilité des structures de soins. Pour y parvenir l'Etat développera un partenariat avec la population et les partenaires techniques et financiers. Ce partenariat sera développé à travers la poursuite de l'approche sectorielle déjà entamée afin de regrouper tout le soutien financier et technique au secteur dans un cadre commun de planification et de gestion s'articulant autour d'un programme de dépenses gouvernementales.

Par ailleurs, des mécanismes alternatifs de financement de la santé seront développés. Dans ce cadre, l'attention sera portée sur la promotion de mutuelles de santé en collaboration avec les départements ministériels concernés, au système de prise en charge des personnes âgées et des démunies, la promotion de l'assurance maladie, la mobilisation des fonds mondiaux de financement de la santé dont les fonds GAVI et le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

➤ Mobilisation de ressources pour le renforcement de l'offre des soins

Dans l'optique d'une mobilisation soutenue de ressources pour renforcer l'offre des soins, le MSP fera le plaidoyer et prendra les mesures nécessaires ci-après pour la mise en œuvre du dispositif de financement:

- Le plaidoyer sera poursuivi pour accroître progressivement la part du budget de la santé en vue d'atteindre les 15% du budget de l'Etat tout en améliorant les affectations budgétaires internes à travers l'utilisation du CDSMT et d'autres outils nécessaires ;
- L'organisation, avec l'appui des principaux partenaires au développement du secteur, d'une table ronde des Bailleurs de Fonds ;
- La décentralisation administrative sera mise à profit pour mettre en place un cadre formel de participation des collectivités locales au financement de la santé. Au terme de la loi sur la décentralisation, ces dernières doivent consacrer chaque année 8% à 10% de leur budget au financement des activités de santé. Un plaidoyer continu sera fait à tous les niveaux en direction des responsables des collectivités pour les amener à investir davantage dans des interventions à assise communautaire, en particulier l'hygiène et l'assainissement du milieu ;
- L'appui extérieur continuera à être sollicité pour compléter l'effort interne de mobilisation de ressources. La coopération bilatérale et multilatérale sera renforcée et l'approche de jumelage des institutions de santé avec d'autres institutions extérieures sera développée. Une attention sera également accordée à l'élaboration des requêtes pour bénéficier des financements alternatifs mondiaux comme le fonds GAVI et le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. La mobilisation de cet appui extérieur sera faite dans le cadre de l'approche sectorielle avec comme objectif de regrouper tous les soutiens financiers et techniques au secteur dans un cadre commun de planification et de gestion s'articulant autour d'un programme de dépenses gouvernementales (CDSMT et Compact). A cet effet, les

dispositions réglementaires du Fonds Commun seront révisées en vue d'améliorer sa gestion et d'inciter les partenaires à y adhérer.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Définir et respecter une clé de répartition fonctionnelle des ressources en faveur des « fonctions » sous financées et qui ont un impact notable sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile: ressources humaines, médicaments et consommables médicaux, maintenance des infrastructures et équipements, gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans...
- Allouer les ressources nécessaires pour une mise en œuvre adéquate de l'approche communautaire intégrée ;
- Explorer au mieux les opportunités de financement offertes par les différentes initiatives internationales ;
- Développer le processus de concertation avec les collectivités locales pour le recrutement des personnels et les interventions à assise communautaire en particulier l'hygiène et assainissement du milieu.

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

Afin d'améliorer l'accès aux soins des communautés, le recouvrement des coûts sera poursuivi tout en cherchant à minimiser progressivement les paiements directs des ménages.

Il sera fait appel à un dispositif de mutualisation des risques intégrant notamment la mise en place de mutuelles de santé.

Il sera également fait la promotion du système privé d'assurance maladie.

En attendant la création d'un Fonds Social dans lequel l'Etat se constituerait en tiers payant au profit des cibles de la gratuité et des personnes démunies, la gratuité des soins sera maintenue et élargie à des prestations telles que l'accouchement normal, la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, le traitement des pathologies intercurrentes chez les PvVIH et les tuberculeux. La gratuité doit intégrer la totalité des maillons de la chaîne de prise en charge et reposer sur un système de financement assurant la disponibilité permanente et pérenne des ressources.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Rehausser l'allocation de ressources en faveur de la gratuité des soins ;
- Elaborer et adopter un plan stratégique sectoriel décrivant les dispositions à prendre pour répondre à l'avènement et au développement des mutuelles, en termes de structuration et de contractualisation avec les prestataires des soins ;
- Développer, avec l'appui conséquent de l'Etat et des partenaires au développement, des mécanismes novateurs de mutualisation des risques ;
- Intégrer, à terme, la gratuité des soins, dans le cadre plus vaste du mécanisme retenu de mutualisation des risques ;
- Créer un Fonds social pour la prise en charge des personnes les plus vulnérables ;
- Renforcer le plaidoyer envers les PTF, les partenaires publics et privés pour soutenir l'Etat dans la prise en charge des personnes vulnérables ;
- Faire le plaidoyer pour amener les collectivités locales à contribuer à la prise en charge des personnes démunies conformément aux textes en vigueur.

5.3.2.8 Promouvoir la recherche en santé

La promotion de la recherche en santé passe par le renforcement du cadre législatif et réglementaire, des capacités des structures et de la coordination en matière de recherche en santé. L'accent sera mis sur la recherche action et dans les domaines prioritaires

➤ Renforcement du cadre législatif et réglementaire

Le renforcement du cadre législatif et réglementaire se fera d'une part, à travers l'actualisation des textes existants et l'élaboration de nouveaux textes et d'autre part par le Contrôle de l'application des textes de la recherche en santé.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Réviser le cadre législatif et réglementaire ;
- Elaborer des nouveaux textes ;
- Mettre à jour le document de politique en matière de recherche en santé ;
- Contrôler l'application des textes de la recherche en santé.

➤ Renforcement de la coordination de la recherche en santé

L'accent sera mis sur l'intégration de la recherche en santé dans la gestion quotidienne des structures, le suivi et l'encadrement des activités de recherche sur le terrain à tous les niveaux, la diffusion des résultats de la recherche et la collaboration intersectorielle en vue de créer un cadre d'échange et de définition des domaines prioritaires en matière de recherche.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Privilégier l'intégration de la recherche en santé dans la gestion quotidienne des structures sanitaires et la diffusion des résultats de la recherche ;
- Promouvoir la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi et de documentation.

➤ Renforcement des capacités des structures en matière de recherche en Santé

Le renforcement des capacités des structures en matière de recherche en Santé se fera à travers la dotation de ces dernières en ressources financières, humaines qualifiées et en matériels appropriés.

Priorités d'intervention/Interventions à haut impact

- Affecter les ressources humaines qualifiées au niveau de la cellule en recherche ;
- Doter en ressources financières et matérielles les structures de recherche en Santé ;
- Former les acteurs de la cellule recherche de la DEP, DRSP et les ECD en recherche en santé ;
- Définir des axes de recherche - action dans les domaines prioritaires ;
- Concevoir et vulgariser des outils et modalités de la recherche.
- Renforcer les capacités du Comité Consultatif National d'Ethique en le dotant de ressources nécessaires à son fonctionnement

6 Résultats attendus : Chaîne des résultats et cadre logique

6.1 Chaîne des résultats

La chaîne de résultats constitue un ensemble de résultats obtenus dans le temps et liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Elle est composée de trois types de résultats : résultats immédiats (extrants ou produits), résultats à moyen terme (effets) et résultats à long terme (impact).

Ces résultats peuvent également être classés en deux grandes catégories : les résultats opérationnels (produits) et les résultats de développement (effets et impact).

Pour le PDS 2011-2015, cette chaîne comprend un (1) impact, quatre (4) effets et neuf (8) produits qui sont :

Impact : Mortalité réduite en particulier pour les enfants et les femmes

Effets:

1. Morbidité liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la TBC réduite, surtout chez la mère et l'enfant ;
2. satisfaction des utilisateurs des services de santé accrue ;
3. Performance de la gestion du système à tous les niveaux améliorée ;
4. Protection des mères et enfants accrue.

Produits :

1. Accès aux services et soins de qualité accru ;
2. Structures sanitaires approvisionnées en médicaments, consommables et réactifs ;
3. Formations sanitaires dotées en Ressources Humaines qualifiée ;
4. Prestations de services SR offertes ;
5. Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et re-émergentes intensifiée ;
6. Mécanismes de financement développés ;
7. Gouvernance et leadership renforcés ;
8. Recherche en santé promue.

Les produits sont déclinés des 8 huit axes stratégiques et les effets et impact de l'analyse raisonnée des conséquences de l'arbre des problèmes comme le montre le schéma ci- dessous

Tableau VI: Chaine des résultats

Produits (biens et services)	Effets	Impacts
La lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée est intensifiée	Morbidity liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la TBC réduite surtout chez la mère et l'enfant	Mortalité réduite en particulier pour les enfants et les femmes
la recherche en santé promue		
Médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés sont disponibles		
Accès aux services et soins de qualité accru	Utilisation des soins et services augmentée	
Les structures sanitaires sont dotées en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins		
Services de la santé de la reproduction de qualité offerts	protection des mères et enfants accrue	
La gouvernance et le leadership à tous les niveaux du système de santé sont renforcés	Performance de la gestion du système à tous les niveaux améliorée	
Les mécanismes de financement du secteur de la santé sont développés		

6.2 Le cadre logique axé sur les résultats

Le cadre logique est un outil utilisé tout au long du projet. C'est une matrice à cinq (5) colonnes qui sert à définir et situer le projet. Il constitue un outil précieux du pilotage du PDS 2011-2015.

- Les premières lignes décrivent les objectifs (objectif global et spécifique),
- la première colonne concerne la hiérarchie des résultats (impact, effets et produits),
- la deuxième colonne est relative aux indicateurs de résultats,
- la troisième colonne contient les sources et moyens de vérification
- et la dernière colonne se rapporte aux risques.

Tableau VII: Cadre logique axé sur les résultats

Objectif Global: Contribuer à l'amélioration de la santé de la population

Objectif Spécifique: Offrir des soins et services de qualité à la population

<i>HIERARCHIE DES RESULTATS</i>	<i>INDICATEURS DE PERFORMANCE</i>	<i>SOURCES DE VERIFICATION</i>	<i>RISQUES</i>
<i>IMPACT</i>			
Mortalité réduite en particulier pour les enfants et les femmes	Taux de mortalité infanto juvénile	EDSN, Enquête nat. survie de l'enfant, Enquête nat, mortalité maternelle	
	Taux de mortalité maternelle (p. 100 000 NV)		
	Taux de mortalité néo natale		
<i>EFFETS</i>			
<i>Morbidité liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la TBC réduite, surtout chez la mère et l'enfant</i>	Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000)	rapport annuel: PNLT, CISLS, PNLP Annuaire statistique MSP, REP annuel, EDSN	<i>Résistance des populations aux mesures de prévention,</i>
	Taux de succès thérapeutique (guérison) de la TBC.		<i>Retard et non respects des engagements en matière d'approvisionnement des médicaments y compris les ARV, Vaccins, produits SR, sang et dérivés</i>
	Taux de prévalence VIH/sida dans la population générale		
<i>Satisfaction des utilisateurs des services de santé accrue</i>	Taux d'utilisation de la CPN 4	enquête, Annuaire statistique MSP, REP annuel.	L'instabilité institutionnelle
	Taux d'utilisation des SONUC		
	Proportion d'usagers satisfaits des services et soins de santé par niveau de la pyramide		

<i>HIERARCHIE DES RESULTATS</i>	<i>INDICATEURS DE PERFORMANCE</i>	<i>SOURCES DE VERIFICATION</i>	<i>RISQUES</i>
<i>Performance de la gestion du système à tous les niveaux améliorée</i>	Proportion des structures sanitaires auditées avec quitus		Instabilité alimentaire
	Proportion de structures ayant atteint au moins 80% de leurs résultats (indicateurs clés)	Annuaire statistique, rapports d'audits, enquête	
	Proportion de structures ayant atteint 80% de réalisation de supervision		
<i>Protection des mères et enfants accrue</i>	Proportion d'enfants complètement vaccinés	Annuaire statistique MSP, EDSN, Enquête nat.PF, REP annuel, enquête nut survie, enquête de couverture vaccinale	
	Taux de récupération nutritionnelle de la malnutrition aiguë		
	Taux de mortalité périnatale intra hospitalière		
	Taux de mortalité maternelle intra hospitalière		
	Taux de prévalence contraceptive moderne.		
	Proportion de district ayant réalisé au moins 5 audits des décès maternel par an (documenté)		
	Proportion d'assistance qualifiée à l'accouchement		
Proportion de personnes dans la communauté connaissant les signes de danger de la grossesse			

HIERARCHIE DES RESULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCES DE VERIFICATION	RISQUES
PRODUITS			
<i>Accès aux services et soins de qualité accru</i>	% des populations ayant accès au centre de santé offrant les PMA	Annuaire statistique MSP	Non-respect des textes législatifs et réglementaires
	Nouveaux cas/an/habitant au sein de la population		
<i>Services de la santé de la reproduction de qualité offerts</i>	Nombre des CSI ayant adapté leurs services aux jeunes et adolescents	Annuaire statistique MSP, EDSN, Enquête nat.PF, REP annuel, Enquête nat. survie de l'enfant, rapport annuel PNLP, rapport annuel PNLT, CISLS	Mobilité des agents Fuite des spécialistes Faible engagement des partenaires au financement du PDS
	Taux de couverture en VAR chez les enfants de 12-23 mois		
	Taux de couverture en penta 3 chez les enfants de 12-23 mois		
	Taux d'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois.		
	Taux d'utilisation des ARV chez les femmes enceintes séropositives.		
	% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA.		
	taux de complications obstétricales prises en charge		
	% de femmes enceintes dormant sous MILDA		
	Taux de prise en charge de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans selon le protocole national.		

HIERARCHIE DES RESULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCES DE VERIFICATION	RISQUES
<i>Les structures sanitaires sont dotées en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins</i>	proportion de formations sanitaires de base (CSI, HD et CHR) disposant de personnel selon les normes.	Rapport annuel de suivi du PDRH, annuaire statistique MSP	
	Taux d'adéquation profil/poste pour les postes définis		
	% des formations sanitaires de base impliquées dans l'approche de gestion basée sur les résultats.		
<i>Médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés sont disponibles</i>	Taux de rupture de molécules du panier retenu par niveau	Annuaire statistique MSP, EDSN, rapport annuel CNTS, rapport annuel IGS	
	% de satisfaction en demande de sang		
	% d'inspections pharmaceutiques effectuées par an.		
<i>La lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée est intensifiée</i>	Taux de dépistage de la TBC	Annuaire statistique MSP, EDSN, rapport annuel PNLP, rapport annuel PNLT, rapport annuel ULSS, rapport annuel DHP/ES	non recrutement de nouveaux agents faible engagement des collectivités au financement de la santé
	Taux de létalité du paludisme		
	Taux de fréquentation pour HTA.		
	Taux de fréquentation pour diabète.		
	Taux de létalité du VIH chez les malades sous ARV ayant initié le traitement les 12 mois passés		
	Pourcentage de formations sanitaires disposant d'un incinérateur fonctionnel ;		

<i>HIERARCHIE DES RESULTATS</i>	<i>INDICATEURS DE PERFORMANCE</i>	<i>SOURCES DE VERIFICATION</i>	<i>RISQUES</i>
<i>La gouvernance et le leadership à tous les niveaux du système de santé sont renforcés</i>	Répartition de l'allocation des ressources financières du secteur par niveau du système de santé : central, régional, district et communautaires tenant compte de la clé de répartition de concert avec les différents niveaux	Rapport annuel DRFM, Annuaire statistique MSP, REP annuel, rapport annuel DI et DSS/RE	
	Pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel sur la base des critères de performances prédéfinies		
	Pourcentage de DS ayant appliqué le DQS au moins une fois par an.		
	Taux de réalisation des supervisions par niveau		
<i>Les mécanismes de financement du secteur de la santé sont développés</i>	Proportion du Budget de l'Etat affectée à la santé.	Rapport annuel DRFM, Annuaire statistique MSP, REP annuel, comptes nationaux de la santé	
	taux de couverture en assurance maladie universelle		
	Proportion des fonds mondiaux dans le financement de la santé		
	Taux d'adhésion aux mutuelles de santé,		
<i>la recherche en santé promue</i>	Pourcentage de résultats de la recherche diffusés par canal (rapports; bulletin; journée médicale etc.)	Rapport annuel DS, Annuaire statistique MSP, REP annuel, rapport annuel de la DEP	
	nombre des acteurs en recherche formés dans le domaine (recherche action, recherche en santé)		
	% de protocoles de recherche financés.		

6.3 Produits et actions attendues

Les actions à mettre en œuvre pour atteindre les produits sont récapitulées dans le tableau suivant

Tableau VIII: déclinaison des actions par rapport aux produits

Produits attendus	Actions
Accès aux services et soins de qualité accru	Mise à niveau de l'existant
	Construction des infrastructures sanitaires
	Equipement des formations sanitaires
	Maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires :
	Développement des activités foraines
Services de la santé de la reproduction de qualité offerts	Planification familiale
	Amélioration des services de la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ)
	Amélioration de la prise en charge de la santé de l'enfant
	Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né
	Amélioration de la prise en charge de la santé de l'homme
Les structures sanitaires sont dotées en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins	Adaptation de la formation initiale et continue
	Développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
	Développement des pratiques de recrutement et de redéploiement
	Gestion et planification des carrières
	Renforcement de la motivation des agents
Médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivées sont disponibles	Renforcement de la logistique d'approvisionnement
	Développement des technologies biologiques et scientifiques
	Respect effectif des textes pharmaceutiques à tous les niveaux
La lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée est intensifiée	Renforcement des interventions existantes,
	Développement de stratégies opérationnelles dans des domaines non encore couverts (HTA, diabète, drépanocytose, cancers, ...)
	Coordination des interventions des programmes de santé
	Poursuite de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé
	Promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement
	Changement climatique

Produits attendus	Actions
	Promotion de la santé scolaire
La gouvernance et le leadership à tous les niveaux du système de santé sont renforcés	Renforcement du management et de la déconcentration/décentralisation
	Assurance qualité
	Prise en compte du genre
	Développement de la communication
	Renforcement du système du suivi /évaluation du PDS
	Amélioration du système d'informations sanitaires
Les mécanismes de financement du secteur de la santé sont développés	Développement des partenariats
	Promotion de l'assurance maladie
	Promotion de mutuelles de santé
	Système de prise en charge des personnes âgées et les démunis
	Mobilisation des fonds mondiaux alternatifs du financement de la santé
la recherche en santé promue	Renforcement du cadre législatif et réglementaire
	Renforcement des capacités des structures de recherche en santé
	renforcement des capacités de la coordination

7 Conditions de réussite et risques

L'atteinte des résultats du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDSMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources.

7.1 Les conditions de réussite

De façon sectorielle les conditions de réussite dépendent du renforcement des acquis et de la prise en compte de certaines réformes institutionnelles au niveau macro politique :

- **La fiabilisation des ressources mobilisables**, notamment la traduction des contributions attendues de l'Etat et des PTF en engagements durables (au moins sur la période du PDS à travers la signature du Compact pays) ;
- **Le renforcement de l'Approche Sectorielle et déconcentration/décentralisation du système de gestion financière** : par l'adhésion de nouveaux PTF au Fonds Commun et la mise en place des enveloppes budgétaires au niveau des régions sur la base des contrats de performance assortis de contrôle ex-post et audit financier annuel. Ce système impliquerait systématiquement les communautés, les communes, les départements et les régions ;

- **La décentralisation** : les stratégies d'organisation et de financement des services de santé pour la mise en œuvre du CDSMT devraient s'appuyer sur les options de découpage territorial et de transfert de responsabilités de l'Etat vers les collectivités décentralisées ;
- **La situation macro-économique** : la perspective de développement du système de santé repose sur une participation accrue des individus, des ménages, et des communautés à l'effort de financement de la santé. Pour assurer un service public de qualité et garantir l'accès équitable à des soins préventifs, promotionnels et curatifs, l'Etat devrait accroître sa contribution au secteur de la santé. Les partenaires techniques et financiers devraient consolider leurs contributions au financement du PDS ;
- **La collaboration inter sectorielle** : la résolution des problèmes de nutrition, de lutte contre la maladie, de disponibilité en eau potable, de mobilisation sociale, d'implication et de la participation des femmes, la problématique de préservation de l'environnement nécessitent l'implication et la participation des autres secteurs au développement notamment le développement rural, l'environnement et l'assainissement, l'hydraulique, la promotion de la femme et de l'enfant, la jeunesse, l'éducation et la fonction publique ;
- **Les nouvelles réformes du secteur** : l'implication de plus en plus importante des communautés, des autres secteurs au développement, du secteur privé et de la société civile dans l'effort de gestion des problèmes de santé, conduira à renforcer ou à redéfinir les rapports entre eux et les professionnels de la santé. Ce changement de mentalité qui a commencé avec la mise en œuvre du PDS 2005-2010 devrait se poursuivre en développant de nouveaux partenariats ;
- **Les ressources humaines** : La mobilisation de ressources humaines compétentes et motivées en nombre dépend dans une large mesure des capacités de l'administration à recruter des fonctionnaires et des contractuels puis à les affecter au niveau des formations et structures sanitaires véritablement déficitaires en personnels qualifiés. Egalement, l'élaboration d'un cadre organique des emplois et de plans de carrières actualisés (cf. révision du statut des personnels de la santé) est indispensable pour permettre le développement d'une approche efficace et ciblée dans la gestion des compétences du secteur ;
- **L'extension de la couverture sanitaire** : ce processus devrait se poursuivre en privilégiant la fonctionnalité de l'existant avec la pleine participation et contribution des collectivités décentralisées, des populations et des associations de santé communautaires.

7.2 Les risques

La persistance d'une culture bureaucratique de l'administration publique, contrairement à une culture d'entreprise, n'est pas axée sur la performance. Dans ce cas, le fonctionnement des services de santé continuera de souffrir des problèmes de personnel non motivé, d'insuffisance de délégation de responsabilités, de manque d'évaluation de la performance du personnel, d'insuffisance des mesures incitatives, de sanctions et d'efficacité, etc.

Les principaux risques menaçant l'atteinte des objectifs du PDS 2011-2015 sont :

- Résistance des populations aux mesures de prévention ;
- Non-respect des textes législatifs et réglementaires ;

- Retard et non respect des engagements en matière d'approvisionnement des médicaments y compris les ARV, Vaccins, produits SR, sang et dérivés ;
- Mobilité des agents ;
- Fuite des spécialistes ;
- faible engagement des partenaires au financement du PDS ;
- faible engagement des collectivités au financement de la santé ;
- non recrutement de nouveaux agents ;
- L'instabilité institutionnelle;
- Instabilité alimentaire.

8 Les réformes

Dans le cadre du précédent PDS (2005 -2010), un ensemble de réformes a été initié ou poursuivi. Parmi les plus importantes on peut citer l'instauration de la gratuité des soins (en 2006), la réforme hospitalière, dont l'élaboration des Projets d'Etablissement Hospitaliers (PEH), le développement de la contractualisation (avec l'élaboration d'une stratégie), la réforme du secteur pharmaceutique (avec la restructuration de l'ONPPC et de la SONIPHAR), le développement de l'approche sectorielle (traduite par la création du Fonds Commun financé par l'AFD et la Banque Mondiale), l'élaboration et l'adoption de textes sur la SR, de la loi sur le SIDA, et sur la lutte contre le tabagisme.

Accompagnant ces réformes, de nouvelles stratégies et des actions d'importance ont été engagées comme la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, la construction de centres Mères et Enfants dans les chefs-lieux des régions, l'élaboration du programme national de sécurisation des produits de la santé de la reproduction, l'élaboration d'un programme national anti-tabac, l'élaboration d'un programme d'Assurance Qualité ainsi que d'une stratégie de la maintenance.

Ces réformes et stratégies restent d'actualité et s'insèrent dans le cadre défini par le PDS 2011-2015. Elles seront donc maintenues et amplifiées.

D'autres réformes, qui répondent aux besoins définis par le présent PDS, doivent venir les compléter. Elles ont été classées en trois groupes de priorité en fonction de leur soutien politique, leur faisabilité et leur impact sur les différents axes stratégiques.

Priorité 1 :

- La mise en place des mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et de nombre élevé de CSI
- Le financement basé sur les résultats / la gestion axée sur la performance ;
- Le développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé ;
- L'organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour le besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux ;

Priorité 2:

- La mise en place d'un dispositif d'amélioration de la qualité dans le système de santé y compris la création des comités pharmaceutique, thérapeutique et de recherche au niveau de chaque établissement hospitalier et la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires ;
- La création d'un Fonds social qui, à terme devrait inclure le dispositif de gratuité des soins ;
- La réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC par la définition des nouvelles missions de services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires techniques et financiers et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure de jouer pleinement son rôle ;

Priorité 3 :

- La mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale
- Le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs ;

En plus de ces principales réformes, d'autres sont envisagées afin d'atteindre les objectifs du PDS. Il s'agit de :

- ✓ Le développement des mécanismes novateurs de mutualisation des risques maladies (assurance maladie, mutuelles de santé) en concertation avec les partenaires techniques et financiers du secteur.
- ✓ Les Réformes administratives :
 - La régionalisation des postes budgétaires;
 - La validation régionale des PAA
 - L'organisation d'une revue semestrielle au niveau des directions centrales, et des structures périphériques.
 - La systématisation des Comptes Nationaux de Santé, des Revues des Dépenses Publiques et de la traçabilité des dépenses comme outils de gestion stratégique

NB : Le plan de mise en œuvre des réformes figure en annexe 3.

9 Cadrage budgétaire et plan de financement

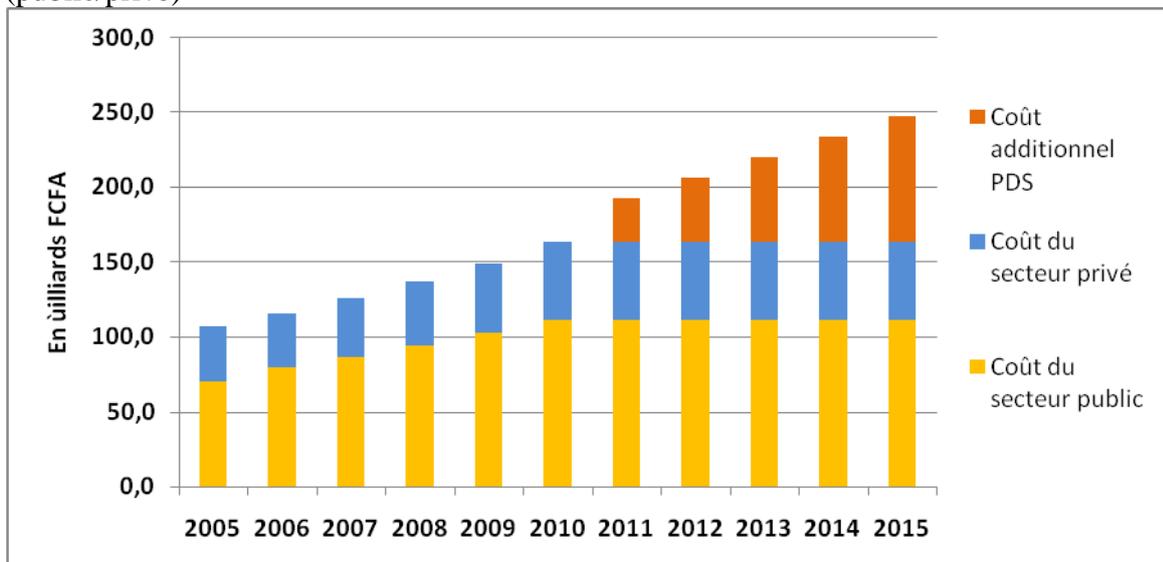
Le cadrage budgétaire du PDS 2011-2015 a été tiré du CDSMT 2011–2015 du Ministère de la Santé Publique, document de référence pour les prévisions financières du PDS.

9.1 Estimation des besoins de financement du secteur de la santé dans le cadre du PDS 2011-2015

Le coût total du PDS pour la période 2011-2015 a été estimé à 1 101,7 milliards FCFA, soit 220,3 milliards FCFA en moyenne annuelle. Ce coût inclut l'ensemble des besoins de financement à couvrir pour la mise en œuvre des interventions prioritaires en vue d'atteindre

les objectifs fixés. Il a été évalué sur la base des comptes nationaux de la santé (CNS) 2005-2006 et des activités et interventions de santé supplémentaires prévues dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2011-2015. La base des CNS (une dépense globale de santé de 116,1 milliards FCFA en 2006 dont 50,7 milliards pour les dépenses des ménages) a été projetée jusqu'à 2010 en appliquant le taux de croissance observé entre 2005 et 2006, pour aboutir à une estimation de dépense de 163,9 milliards FCFA. A ce montant a été ajouté, de 2011 à 2015, le coût additionnel pour le développement du secteur pour un montant total de 282,0 milliards FCFA sur les cinq années. Ce coût additionnel représente 25,6% du total des dépenses de santé projetées sur 2011-2015. Le graphique suivant illustre ce qui vient d'être décrit.

Graphique 1. Evolution des coûts de la santé 2005-2015 et répartition par source (public/privé)



Pour mettre en œuvre le présent PDS le gouvernement compte non seulement sur les efforts internes de mobilisation de ressources mais aussi sollicite l'appui des partenaires techniques et financiers. A cet effet un cadre de partenariat sera mis en place à travers un Compact. L'estimation du coût autour duquel ce Compact serait signé est faite en déduisant du coût total de la production nationale de soins les dépenses des ménages faites au niveau du secteur privé de la santé. En effet, le montant total de la mise en œuvre du PDS 2011-2015 de 1.101,659 Milliards de francs représente le coût total des dépenses de santé à réaliser au niveau des services publics et privés de santé afin de garantir une meilleure offre de soins à la majorité de la population. Une partie de ce coût, estimé à 258,1 milliards de FCFA soit 23,4% du PDS, est mobilisée au niveau des services privés de santé. Il s'agit des dépenses de santé des ménages et des entreprises privées réalisées auprès des services de santé privés et autres prestataires de soins.

Ce montant n'étant pas mobilisé ni géré par les services publics, il n'a pas été pris en compte dans l'estimation du coût autour duquel le Compact sera signé. Aussi, en le déduisant du coût du PDS 2011-2015, le gouvernement du Niger, ses partenaires techniques et financiers ainsi que les communautés auraient à mobiliser un financement estimé à 843,6 milliards de FCFA.

En 2015, les dépenses globales atteindraient 247,7 milliards FCFA, soit une progression totale de 51,1% par rapport à 2010. Le pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé passerait ainsi de 6,0% en 2010 à 6,2 % en 2015. Cette évolution est le reflet des interventions du

PDS axées prioritairement sur la fonctionnalité de l'existant et l'intensification progressive des activités en faveur des populations cibles des OMD.

Ainsi, la dépense globale de santé par habitant passerait de 10 637 FCFA à 13 660 FCFA ou 21,2 \$ US à 27,3 \$ US contre 27 \$ US pour les pays à faible revenu en 2007 à dollars constants. Elle restera inférieure au niveau recommandé par l'OMS pour prendre en charge les besoins essentiels de santé qui était de \$34 par habitant en 2000. Ce montant prend en compte la demande de soins des ménages orientée vers le secteur privé estimée à 258,1 milliards de FCFA soit 23,4% du coût du PDS sur la même période

Conformément aux préoccupations majeures identifiées et aux objectifs spécifiques du PDS,

- le tiers environ des besoins de financement sera imputé à l'Axe « Développement des services de la santé de la reproduction », notamment aux interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, infantile-juvénile et néonatale (voir tableau IX) ;
- plus du cinquième du coût total est relatif à la lutte contre les principales maladies responsables d'une forte mortalité/morbidité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes ;
- les deux axes du PDS, qui visent l'amélioration de la disponibilité des intrants et le renforcement de la dotation en ressources humaines, sont crédités respectivement de 22% et 11% des besoins totaux de financement. La levée des contraintes à ce niveau facilitera l'atteinte des cibles de couverture et par ricochet l'atteinte des objectifs spécifiques du PDS ;
- enfin, 7,7% des besoins de financement sont destinés à l'extension de la couverture sanitaire et 5,7% à l'amélioration de la gouvernance, notamment de l'efficacité dans la mobilisation, la gestion et l'utilisation des ressources du secteur.

Le coût total pour la mise en œuvre du PDS est réparti selon le cadre budgétaire de l'Etat dans le tableau 2.

Tableau IX : Répartition du coût total du PDS 2011-2015 par Axe stratégique

Axes stratégiques	2010*	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
1. Couverture sanitaire	8 963	15 932	16 463	16 995	17 526	18 057	84 973	7,7%
2. Santé de la reproduction	50 936	57 076	62 803	68 529	74 256	79 984	342 649	31,1%
3. Ressources humaines	17 985	20 763	23 278	25 793	28 308	30 824	128 966	11,7%
4. Médicaments et autres intrants	43 445	46 359	47 815	49 272	50 729	52 186	246 361	22,4%
5. Lutte contre les maladies	36 887	42 866	45 163	47 459	49 755	52 052	237 294	21,5%
6. Gouvernance et Leadership	5 218	9 333	10 545	11 767	12 944	14 121	58 710	5,3%
7. Mécanismes du financement	90	180	145	100	100	100	625	0,1%
8. Recherche en santé	407	411	414	416	419	421	2 081	0,2%
Total	163 932	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659	100%

Source: CDSMT 2011-2015

* Projection à partir des CNS 2006 (Taux moyen 2004-2006)

Tableau X: Répartition du coût total du PDS selon la nomenclature budgétaire de l'Etat

Titres / Nomenclature budgétaire de l'Etat	Coût de base*	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Titre 2 : Traitements et salaires	10 607	12 260	13 908	15 557	17 205	18 854	77 784	7%
Titre 3 : Fonctionnement	81 687	98 888	110 536	122 185	133 834	145 483	610 927	55%
Titre 4 : Subventions et autres transferts courants	12 358	13 027	13 436	13 845	14 253	14 662	69 223	6%
Titre 5 : Investissements	59 280	68 745	68 745	68 745	68 745	68 745	343 725	31%
Total	163 932	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659	100%

Source : CDSMT 2011-2015

* Projection à partir des CNS 2006 (Taux moyen 2004-2006)

Il ressort de ce tableau que 55% du coût total 2011-2015 seront consacrés aux dépenses de fonctionnement alors que les dépenses d'investissement représenteront 31%.

En outre, on remarque que dès l'année 2011, il est prévu une augmentation de la dépense de santé de 17,7% par rapport à son niveau de 2010 pour atteindre 192,9 milliards FCFA. Cette progression des dépenses répond aux besoins d'investissement (transformation des cases de santé en CSI, construction des nouvelles structures sanitaires, achat de la logistique et de gros matériel...), de la mise en fonction des structures nouvellement créées et de l'impact de l'extension des frais de la gratuité.

Par axe stratégique (tableau IX), cette augmentation est relativement importante en matière de couverture sanitaire (+43,74% soit 6,969 milliards), de lutte contre les maladies (+16,2% soit 5,979 milliards) et de gouvernance et leadership (+78,86% soit 4,115 milliards). Par nature de dépenses, celles d'investissement augmenteraient de 16%, soit 9,5 milliards, et celles de fonctionnement de 21,1%, soit 17,2 milliards.

Les dépenses de santé prévisionnelles ont été également réparties entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire en appliquant des ratios central/périphérique (30/70) et des clés de répartition entre régions (voir détails dans le CDSMT – chapitre IV.4). Les enveloppes régionales ont été réparties entre les districts (75%) et les autres structures de la région (25%). Ceci permet de déterminer des enveloppes de cadrage budgétaire pour toutes les structures.

Tableau XI : Répartition du coût du PDS 2011-2015 par niveau

Niveaux	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%
Central	59 506	40,3	64 106	40,5	68 719	40,7	73 346	40,9	77 989	41,1	343 666	40,7
Directions centrales / Projets & Programmes	42 494		45 956		49 436		52 931		56 445		247 262	
EPA et autres centres	17 012		18 149		19 283		20 415		21 544		96 404	
Régional et	88 212	59,7	94 107	59,5	99 988	59,3	105 857	59,1	111 710	58,9	499 874	59,3

périphérique												
DS	63 575		67 823		72 062		76 291		80 509		360 260	
CHR	8 335		8 892		9 447		10 002		10 555		47 230	
CME	7 005		7 473		7 940		8 407		8 871		39 697	
MRR	3 877		4 136		4 395		4 652		4 910		21 970	
CBD	976		1 042		1 107		1 172		1 236		5 533	
DRSP	4 444		4 741		5 038		5 333		5 628		25 185	
Total	147 719	100,0	158 213	100,0	168 707	100,0	179 203	100,0	189 698	100,0	843 540	100,0

Source : CDSMT 2011-2015

9.2 Scénarios de financement

Face à ces coûts, les financements ont été évalués sur la base du cadrage des dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT 2011-2015) qui a repris les scénarios macro-économiques fournis par le Ministère de l'Economie et des Finances. Le CDSMT 2011-2015 présente en détail la méthodologie d'élaboration des projections de financements disponibles sur la période. Sur la base d'évolution des principaux paramètres macroéconomiques, notamment la croissance économique, les recettes publiques, l'appui budgétaire, la proportion des ressources publiques allouées à la santé et les dépenses privées de santé, trois scénarios ont été bâtis (croissance faible, moyenne ou forte) (voir tableau XIII). Parmi les hypothèses qui président à ces projections on peut citer l'augmentation de la part du budget de l'Etat alloué à la santé de 9,5% en 2010 à 13,4% en 2015. Une hypothèse de croissance de l'appui budgétaire non ciblé en % du PIB (le même niveau de pourcentage pour les trois scénarios) a également été prise. A l'occasion de l'élaboration du COMPACT elle pourrait être revue en fonction des engagements annoncés ou prévisibles des partenaires techniques et financiers. Les hypothèses ayant guidé le développement des différents scénarios ont été fournies par le Ministère de l'Economie et des Finances.

Tableau XII: Hypothèses de base pour la construction des scénarios

Hypothèses	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Scénario 1: Faible croissance						
Taux de croissance économique / an (1)	4,3%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%
Recette budgétaire (en % du PIB) (2)	18,4%	15,3%	16,0%	16,8%	17,0%	17,0%
Appui budgétaire non ciblé en (% du PIB) (3)	8,2%	8,8%	9,5%	10,3%	11,1%	12,0%
Recettes de l'Etat allouées à la santé (recettes propres et appui budgétaire) (4)	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%
Dépenses privées de santé (US\$) (5)	8,09	8,17	8,25	8,33	8,42	8,50
Aide affectée à la santé (US\$ par habitant) (6)	2,06	2,22	2,40	2,59	2,80	3,03
PIB par habitant (US\$) (A)	335,3	335,3	344,7	354,3	364,2	374,4
Ressources de l'Etat par habitant (US\$) = (A) x [(2) + (3)]	89,1	80,8	88,1	96,1	107,4	108,6
Dépenses publiques de santé (incl. Aide) (US\$)	10,6	9,9	10,8	11,8	11,8	13,4

Hypothèses	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Scénario 2: Croissance moyenne (scénario de référence)						
Taux de croissance économique / an (1)	4,3%	4,5%	8,5%	5,2%	6,8%	7,5%
Recette budgétaire (en % du PIB) (2)	18,4%	16,9%	17,1%	17,3%	17,8%	18,1%
Appui budgétaire non ciblé en (% du PIB) (3)	8,2%	8,8%	9,5%	10,3%	11,1%	12,0%
Recettes de l'Etat allouées à la santé (recettes propres et appui budgétaire) (4)	9,5%	10,2%	10,9%	11,7%	12,5%	13,4%
Dépenses privées de santé (US\$) (5)	8,09	8,17	8,25	8,33	8,42	8,50
Aide affectée à la santé (US\$ par habitant) (6)	2,06	2,22	2,40	2,59	2,80	3,03
PIB par habitant (US\$) (A)	335,3	335,3	363,8	382,6	408,8	439,5
Ressources de l'Etat par habitant (US\$) = (A) x [(2) + (3)]	89,1	86,3	96,8	105,4	121,1	132,4
Dépenses publiques de santé (incl. Aide) (US\$)	10,6	11,0	13,0	14,9	14,9	20,7
Scénario 3: Forte croissance						
Taux de croissance économique / an (1)	4,3%	6,4%	7,8%	8,6%	9,5%	10,5%
Recette budgétaire (en % du PIB) (2)	18,4%	17,7%	17,7%	18,0%	18,0%	18,2%
Appui budgétaire non ciblé en (% du PIB) (3)	8,2%	8,8%	9,5%	10,3%	11,1%	12,0%
Recettes de l'Etat allouées à la santé (recettes propres et appui budgétaire) (4)	9,5%	10,5%	11,5%	12,7%	14,0%	15,4%
Dépenses privées de santé (US\$) (5)	8,09	8,49	8,92	9,36	9,83	10,32
Aide affectée à la santé (US\$ par habitant) (6)	2,06	2,22	2,40	2,59	2,80	3,03
PIB par habitant (US\$) (A)	335,3	335,3	361,6	392,7	429,9	475,1
Ressources de l'Etat par habitant (US\$) = (A) x [(2) + (3)]	89,1	88,8	98,3	111,1	129,7	143,4
Dépenses publiques de santé (incl. Aide) (US\$)	10,6	11,5	13,7	16,7	16,7	25,1

Source: MEF

Le premier scénario de financement du PDS, scénario pessimiste, s'appuie sur les hypothèses de base du cadrage macroéconomique de la SDRP, ce qui correspond à un ralentissement de l'activité économique avec un taux de croissance ramené à 2,8%, contre 5% en 2010 selon les projections du FMI. Les recettes de l'Etat allouées à la santé seront maintenues à 9,5% sur toute la période. Ce scénario prévoit un relâchement de la pression fiscale. L'aide affectée à la santé augmenterait légèrement entre 2011 et 2015 passant de 2,2 à 3,0 USD et l'appui budgétaire augmenterait de 8,8 à 12 en pourcentage du PIB de 2011 à 2015.

Le deuxième scénario, scénario de référence, plus optimiste que le précédent, prévoit une augmentation progressive du taux de croissance du PIB/habitant. Les recettes publiques se maintiendraient à 18,4% du PIB et la part des ressources du Gouvernement allouées à la santé augmenterait progressivement de 9,5% en 2010 à 13,4% en 2015 de sorte à approcher

l'objectif d'Abuja qui préconisait l'allocation d'au moins 15% des ressources des Gouvernements à la santé. A l'instar du scénario restreint, ce deuxième scénario projette une légère progression de l'appui budgétaire non ciblé et de l'aide affectée à la santé.

Le troisième scénario qui se veut beaucoup plus optimiste que les deux précédents prévoit une croissance économique plus forte avec un taux de croissance du PIB/habitant qui évolue de 6,4% en 2011 à 10,5% en 2015. Les recettes publiques, en proportion du PIB/habitant connaîtraient une hausse conséquente et les ressources de l'Etat allouées à la santé évolueraient de manière à atteindre les objectifs d'Abuja. A l'instar des scénarios précédents, le troisième scénario projette une légère progression de l'aide affectée à la santé et de l'appui budgétaire non ciblé, mais les dépenses privées de santé connaîtraient une hausse plus prononcée.

Sur la base de ces trois scénarios, les ressources mobilisables s'échelonnent entre 930,9 milliards de FCFA pour le scénario de croissance faible, 1 077,7 milliards pour le scénario de référence et 1 251,3 milliards pour celui de forte croissance (tableau XIV).

Tableau XIII: Ressources mobilisables pour le financement du PDS selon les scénarios

Scénarios de faible croissance	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Ressources totales (a)	164 101	178 428	188 147	195 945	204 344	930 965	100%
Etat (Trésor, Emprunts et ANR*)	69 864	76 195	83 117	88 031	93 368	410 574	44%
<i>Trésor</i>	41 918	45 717	49 870	52 818	56 021	246 344	26%
<i>Emprunt et ANR</i>	27 945	30 478	33 247	35 212	37 347	164 230	18%
PTF hors budget Etat	20 171	21 784	23 527	25 409	27 442	118 334	13%
Financement gratuit	9 441	9 866	10 310	10 774	11 259	51 650	6%
Ressources privées ménage	64 626	70 582	71 193	71 731	72 275	350 407	38%
<i>En dépenses publiques</i>	22 619	24 704	24 918	25 106	25 296	122 643	13%
<i>En dépenses privées</i>	42 007	45 878	46 276	46 625	46 979	227 765	24%
Coût total du PDS (b)	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659	85%
Ecart de financement (a-b)	-28 819	-28 197	-32	-38	-43	-170 694	-18%
	184,4	092,5	401,1				
Scénarios de croissance moyenne	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Ressources totales (a)	174 131	198 768	217 662	234 266	252 850	1 077 678	100%
Etat (Trésor, Emprunts et ANR*)	79 894	95 893	111 699	125 139	140 341	552 966	51%
Trésor	47 936	57 536	67 019	75 084	84 204	331 779	31%
Emprunt et ANR	31 958	38 357	44 679	50 056	56 136	221 186	21%
PTF hors budget Etat	20 171	21 784	23 527	25 409	27 442	118 334	11%
Financement gratuit	9 441	9 866	10 310	10 774	11 259	51 650	5%
Ressources privées ménage	64 626	71 225	72 126	72 943	73 808	354 728	33%
En dépenses publiques	22 619	24 929	25 244	25 530	25 833	124 155	12%
En dépenses privées	42 007	46 296	46 882	47 413	47 976	230 573	21%
Coût total du PDS (b)	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659	98%
Ecart de financement (a-b)	-18 788	-7 857	-2 669,2	227,6	5 105,6	-23 981	-2%
Scénarios de forte croissance	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%

Ressources totales (a)	181 653	212 217	244 080	282 008	331 318	1 251 276	100%
Etat (Trésor, Emprunts et ANR*)	84 483	102 873	127 945	158 546	199 807	673 654	54%
Trésor	50 690	61 724	76 767	95 128	119 884	404 193	32%
Emprunt et ANR	33 793	41 149	51 178	63 419	79 923	269 462	22%
PTF hors budget Etat	20 171	21 784	23 527	25 409	27 442	118 334	9%
Financement gratuité	9 441	9 866	10 310	10 774	11 259	51 650	4%
Ressources privées ménage	67 559	77 693	82 299	87 278	92 809	407 638	33%
En dépenses publiques	23 646	27 192	28 805	30 547	32 483	142 673	15%
En dépenses privées	43 913	50 500	53 494	56 731	60 326	264 965	28%
Coût total du PDS (b)	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659	114%
Ecart de financement (a-b)	-11 266	5 591	23 748,9	47 970,2	83 572,8	149 617	12%

Source: CDSMT

* ANR : Aide Non Remboursable

Le choix du scénario de mise en œuvre du PDS doit être opéré en tenant compte du réalisme des hypothèses mais également en faisant nécessairement preuve de volonté si l'on veut tendre vers les OMD. A cet effet, le scénario de référence semble déjà approcher ces préoccupations pour les raisons suivantes :

La contribution attendue de l'Etat est en cohérence avec la volonté politique de tendre vers l'atteinte des OMD (progression de la part de la santé dans le budget de l'Etat de 9,5% à 13,4% de 2011 à 2015) tout en restant réaliste compte-tenu du niveau déjà atteint en matière d'allocation des ressources (9,5% en 2009). La stabilisation du climat politique en cours et les perspectives de développement économique du pays confortent ce réalisme. Cette volonté politique de l'Etat doit être soutenue par une contribution plus active des partenaires au développement, d'où la nécessité de définir et de mettre en œuvre des mesures et stratégies de mobilisation de ressources additionnelles pour combler le gap de financement, voire pour progresser davantage vers l'atteinte des OMD.

A cet effet, les mesures et stratégies suivantes seront mises en œuvre dans le cadre des axes « Gouvernance » et « Mécanismes de financement » :

- l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour le secteur, notamment par la systématisation de la définition des priorités en fonction des stratégies les plus efficaces et ayant le meilleur impact ;
- l'organisation, avec l'appui des principaux partenaires au développement du secteur, d'une table ronde des Bailleurs de Fonds ;
- le renforcement de la mobilisation des ressources provenant des autres acteurs du système de santé : Collectivités Territoriales pour le financement au niveau communautaire, développement de la coopération décentralisée, meilleure organisation du système de sécurité sociale, etc.
- la fiabilisation des ressources mobilisables, notamment la traduction des contributions attendues de l'Etat et des PTF en engagements durables (au moins sur la période du PDS à travers la signature du Compact pays) ;
- la mise en œuvre des réformes structurelles permettant d'améliorer la capacité de mobilisation et d'absorption des ressources internes et externes à tous les niveaux, et le renforcement de la capacité des structures et acteurs concernés ;

Au cas où les conditions requises et les mesures et stratégies identifiées ci-dessus n'étaient pas réunies ou ne produisaient pas les effets escomptés en terme de mobilisation des ressources additionnelles requises, l'alternative de reconsidérer les objectifs spécifiques pour les rendre compatibles avec les ressources mobilisables, devrait être examinée.

10 Planification de la mise en œuvre, suivi et évaluation

12.1 Processus de planification

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

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

Au niveau district, le *Comité de santé du district*, sous l'autorité du préfet/administrateur délégué/maire veillera à l'élaboration, la validation, la mise en œuvre et l'évaluation semestrielle et annuelle des plans opérationnels calés sur le PDS dans une approche participative et axée sur les résultats. Ces plans opérationnels seront élaborés sur la base des micros plans des CSI pré validés par le comité de santé. Le guide de formation en micro planification de l'aire de santé des CSI sera actualisé sur la base des stratégies retenues dans le PDS et d'une approche de planification opérationnelle des interventions axée sur les résultats. Il conviendra de prendre en compte le renforcement des capacités des membres des comités de santé des CSI à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des micros plans.

Au niveau régional, le *Comité régional de santé*, placé sous l'autorité du Gouverneur, veillera à l'élaboration, la validation, la mise en œuvre et l'évaluation semestrielle et annuelle des plans opérationnels calés sur le PDS tant au niveau de la Direction régionale qu'au niveau des districts, dans une approche participative et axée sur les résultats. Au terme de chaque exercice annuel de planification, la DRSP transmettra au MSP (DEP) la synthèse des PAA des structures régionales pour une compilation nationale.

A la fin de chaque évaluation, la DRSP transmettra les résultats au MSP (DEP) pour synthèse nationale. Les résultats permettront l'élaboration des rapports d'exécution du PDS.

Au niveau national, le *Comité national de santé*, présidé par le Ministre de la Santé Publique, veillera à l'élaboration et à la validation du PDS stratégique avant son adoption par le Gouvernement ainsi qu'à ses évaluations. Il sera également chargé de valider les plans opérationnels des directions centrales et des programmes nationaux et leur évaluation dans une approche participative et axée sur les résultats.

Au niveau des communes, la généralisation de la mise en place des comités de santé sera achevée. En ce qui concerne les cases de santé, les comités existant seront dynamisés afin de jouer aux mieux leur rôle.

Pour une meilleure efficacité du processus de planification, un guide de suivi évaluation comprenant des indicateurs de résultats par niveau sera élaboré par le niveau central (DEP).

Ce dispositif prendra également en compte le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux en matière de planification, de suivi et d'évaluation. Dans ce cadre, le monitoring, faisant largement appel à l'utilisation de tableaux de bord, sera considéré comme un outil privilégié d'auto évaluation.

12.2 Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du PDS se fera essentiellement en plusieurs étapes.

La première étape consistera en l'élaboration annuelle d'un Plan d'Action opérationnel par chaque structure concernée en collaboration avec l'ensemble des acteurs intervenant dans sa zone de responsabilité à partir de son plan de développement 2011-2015. Après validation par les instances prévues dans le PDS, les plans opérationnels seront soumis pour financement, à l'ensemble des partenaires du secteur y compris l'Etat.

La réalisation des activités prévues dans les Plans opérationnels, seconde étape, sera assurée par les acteurs de la structure concernée en collaboration avec l'ensemble des intervenants locaux incluant la société civile et le secteur privé.

Les Directions centrales du MSP produiront un plan annuel d'action opérationnel portant essentiellement sur l'appui à la mise en œuvre optimale des activités concourant à l'atteinte des objectifs du PDS 2011-2015.

10.3 Suivi et évaluation

12.3.1 Système de suivi et évaluation

Un guide de suivi – évaluation, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PDS, sera élaboré. Ce guide se verra être l'outil de travail qui déterminera le canevas à observer tout au long du processus de suivi ; il précisera la manière dont les informations devront être recueillies et traitées à chaque niveau ainsi que les outils appropriés par niveau et type d'information recherchée.

Le rôle du suivi est de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information, d'identifier les problèmes, d'alerter le Comité national de santé via le Comité technique national de santé et de proposer les mesures correctives.

Sur le plan de l'organisation, des revues du PDS seront envisagées selon une périodicité trimestrielle pour les districts, semestrielle pour les régions et les directions centrales, annuelle au niveau national. Elles seront réalisées avec la pleine participation des PTF et de tous les acteurs du secteur.

Le Comité Technique National de Santé (CTNS) et le Conseil National de Santé (CNS), qui évaluent et valident les plans d'action annuels (PAA), se réuniront une fois l'an, à la fin du quatrième trimestre de chaque année, toutes les parties prenantes participant à ces assises nationales.

Au niveau national, chaque revue comprendra une mission conjointe de terrain suivie des réunions annuelles du CTNS et du CNS portant sur les résultats de l'évaluation des PAA. Pour les niveaux périphérique et intermédiaire et pour les directions centrales, les revues se limiteront à des réunions d'échange.

12.3.2 Indicateurs de suivi et d'évaluation

Au niveau national, le suivi évaluation sera essentiellement basé sur une liste d'indicateurs clés du PDS. La liste des indicateurs nécessaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PDS aux différents niveaux sera établie par le guide de suivi évaluation qui précisera les modalités de recueil, de transfert et d'analyse.

De façon plus générale, le suivi évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PDS et des résultats obtenus (outputs/outcome) repose sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps opportun l'ensemble des informations nécessaires. Pour ce faire, l'actualisation du SNIS s'impose pour tenir compte des informations nécessaires au pilotage du PDS.

12.3.3 Evaluation interne et externe

Il est prévu une évaluation à mi-parcours du PDS pour réorienter ou renforcer au besoin les activités, ainsi qu'une évaluation finale pour mesurer les résultats obtenus, l'impact du PDS, le niveau d'atteinte des OMD et tirer les leçons pour la politique nationale de santé.

Le processus de l'évaluation à mi-parcours démarrera en 2013 et celui de l'évaluation finale commencera en fin 2015. L'évaluation à mi-parcours comprendra deux évaluations, interne et externe, ainsi que des enquêtes spécifiques si nécessaire. L'évaluation finale comprendra une évaluation externe et une enquête de satisfaction des bénéficiaires. Cette dernière devra être réalisée dans des conditions telles que ses résultats soient disponibles pour l'évaluation externe. Les objectifs de ces évaluations seront définis en concertation avec les différents acteurs concernés.

Bibliographie

Cabinet du Premier Ministre : Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2008 – 2012 ; octobre 2007 ; 132 p.

Cabinet du Premier Ministre : stratégie de développement rural, le secteur rural, principal moteur de la croissance économique ; novembre 2003 ; 79 p.

Cabinet IDEACONSULT International : Rapport enquête sur la prévalence contraceptive au Niger, août 2010 ; 97p.

CAD/OCDE : la Gestion Axée sur les Résultats de développement : document de référence, des principes à l'action ; mars 2006 ; 214 p.
http://www.cota.be/SPIP/IMG/pdf/fiche7_GCP_GAR.pdf ; Version du 13 juillet 2007

Evaluation conjointe de la coopération de la commission européenne, de la Belgique, du Danemark, de la France et du Luxembourg avec le Niger 2000-2008 : Projet de rapport final ; Dnet Consult ; Janvier 2010, 502 p.

Fonds des Nations Unies pour la Population : Plan stratégique pour 2008-2011 : accélérer l'application par les pays du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Rapport de la Directrice exécutive) ; Juillet 2007 ; 52 p.

Harmonisation et alignement pour une meilleure efficacité de l'aide au Niger : projet de code de conduite des partenaires techniques et financiers et du gouvernement du Niger ; 5p.

Institut National de la Statistique, Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples ; 2006 ; 465 p.

Institut National de la Statistique, Niger : Rapport d'enquête nationale Nutrition et Survie de l'Enfant Niger, juin/juillet 2009, 114 p.

Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation : recueil des textes sur la décentralisation, 2^{ème} édition 2009 ; 294 p.

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endemies : Orientations Strategiques pour le Developpement Sanitaire de la premiere decennie du 21eme siecle 2002 – 2011 ; mai 2002 ; 96p.

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endemies : Déclaration de Politique Sanitaire ; mai 2002 ; 19 p.

Ministère de la Santé Publique : annuaires statistiques 2006, 2007, 2008 et 2009

Ministère de la Santé Publique : recueil des textes sur la législation sanitaire ; année 2008 ; 800 p.

Ministère de la Santé Publique : plan pluri annuel complet (PPAC) revisé du PEV 2007-2010 ; avril 2007 ; 59 p.

Ministère de la Santé Publique : analyse de la situation et des besoins du Système d'Approvisionnement et de Gestion des Produits Pharmaceutiques au Niger ; Avril 2008 ; 47 p.

Ministère de la Santé Publique : contribution du secteur de la santé à la mise en oeuvre de la feuille de route du gouvernement 2010 – 2012 ; octobre 2009 ; 10 p.

Ministère de la Santé Publique : Document cadre de la Stratégie Nationale de Gestion et de la maintenance des équipements et infrastructures du secteur de la santé ; avril 2008 ; 15 p.

Ministère de la Santé Publique : document de strategie nationale de survie de l'enfant ; octobre 2008 ; 45 p.

Ministere de la Sante Publique : Enquête de satisfaction des besoins auprès des bénéficiaires des prestations et soins de santé , rapport provisoire ; CNESS-Bozari ; Septembre 2009 ; 111 p.

Ministère de la Santé Publique : Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle ; mars 2007 ; 62 p.

Ministère de la Santé Publique : Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 ; février 2005.

Ministère de la Santé Publique : Programme d'Appui aux Mutations Institutionnelles et Humaines du MSP/LCE : rapport final de la mission de core advice à Niamey du 22 avril au 23 mai 2006 ; 49 p.

Ministère de la Santé Publique : Programme National de Renforcement du Système de Santé du Niger (RSS) 2010-2015 ; 30 juin 2009 ; 66 p.

Ministère de la Santé Publique : proposition de la Republique du Niger pour le soutien de gavi au renforcement des systemes de sante (rss) ; avril 2009 ; 80 p.

Ministère de la Santé Publique : proposition de stratégie des districts sanitaires ; décembre 2009 ; 17 p.

Ministère de la Santé Publique : rapport de l'évaluation interne à mi parcours du Plan de Developpement Sanitaire (PDS) 2005 -2010 ; octobre 2008, 43 p

Ministère de la Santé Publique : Rapport final « Analyse et propositions de modifications des modalités de gestion du Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 au Niger » ; Décembre 2009 ; 79 p.

Ministère de la Santé Publique : rapport final de l'évaluation externe à mi parcours du PDS 2005-2010 ; Décembre 2008, 132 p.

Ministère de la Santé Publique : rapport général de l'atelier national de restitution de l'évaluation à mi-parcours du Plan de Developpement Sanitaire (PDS) 2005-2010 ; Niamey, du 05 au 07 octobre 2009 ; décembre 2009 ; 72 p.

Ministère de la Santé Publique : recommandations et strategies pour améliorer les performances des systemes d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques ; juin 2008 ; 15 p.

Ministère de la Santé Publique : strategie pour assurer la disponibilite des produits pharmaceutiques au Niger - document provisoire ; 30 mai 2008 ; 39 p.

Ministère de la Santé Publique : Strategie Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé au Niger ; octobre 2009 ; 51 p.

Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement : politique et stratégies pour l'eau et l'assainissement : de l'eau pour un développement durable, avril 1999 ; 59 p.

Système des Nations Unies au Niger : plan cadre des nations unies pour l'assistance au développement (UNDAF) 2009 – 2013 ; mars 2008, 43 p.

Annexes:

Annexe1: Liste des interventions à haut impact

Tableau XV: Interventions à haut impact et objectifs de couverture

Interventions efficaces	Couvertures de base	Objectifs de couverture 2014-15
1. Services à base communautaire et familiale		
Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour enfants de moins de 5 ans	60%	80%
Qualité de l'eau (Utilisation)	49%	60%
Source d'eau (Accessibilité)	49%	60%
Sanitation (Latrines)	19%	40%
Hygiène	16%	50%
Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers	1%	15%
Initiation précoce de l'allaitement maternel	40%	60%
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	10%	40%
Allaitement maternel prolongé (6-11 mois)	92%	92%
Alimentation complémentaire	52%	70%
Prise en charge thérapeutique de la malnutrition	22%	50%
Thérapie avec Sels de Réhydratation Orale	34%	90%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	0%	30%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	0%	25%
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pédiatrique	18%	30%
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) pour femme enceinte	0%	15%
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour adulte	11%	25%
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	17%	30%
Prise en charge communautaire de la pneumonie du nouveau né	2%	5%
2. Service orientés vers les populations		
Planification familiale	5%	20%
Utilisation du préservatif	20%	40%
Consultation prénatale qualité CPN 4+	26%	60%
Toxine tétanique	45%	70%
Déparasitage de la femme enceinte	21%	70%
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	6%	30%
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse	91%	91%
Traitement présomptif intermittent pour la femme enceinte (TPI 2)	50%	70%
PTME (test, conseil, AZT et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	19%	65%
Prophylaxie au Cotrimoxazole pour mères séropositives	23%	65%
Prophylaxie au Cotrimoxazole pour adultes séropositifs	29%	65%
Prophylaxie au Cotrimoxazole pour enfants de mères séropositives	16%	65%
Vaccination Rougeole	66%	90%
Vaccination BCG	81%	90%
Vaccin polio oral OPV	65%	90%

Interventions efficaces	Couvertures de base	Objectifs de couverture 2014-15
Vaccin Pentavalent (DTC+Hib + Hépatite)	65%	90%
Vaccin antiamarile (contre la fièvre jaune)	37%	80%
Vaccin contre la méningite	29%	80%
Supplémentation vitamine A post-partum	10%	50%
Supplémentation en Vitamine A	88%	90%
3. Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)		
Accouchement normal assisté par professionnel	34%	60%
Premier contact CSI	26%	45%
Première référence HD	5%	9%
Deuxième référence	3%	6%
Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement	6%	60%
Premier contact CSI	0%	45%
Première référence HD	3%	9%
Deuxième référence	3%	6%
SONUB (Soins obstétricaux et Néonataux d'urgence de base)	4%	50%
Premier contact CSI	3%	25%
Première référence HD	1%	20%
Deuxième référence	0%	5%
SONUC (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets)	1%	50%
Première référence HD	1%	30%
Deuxième référence	0%	20%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	11%	80%
Premier contact CSI	3%	40%
Première référence HD	5%	35%
Deuxième référence	3%	5%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	9%	80%
Premier contact CSI	1%	40%
Première référence HD	5%	35%
Deuxième référence	3%	5%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	9%	80%
Premier contact CSI	1%	40%
Première référence HD	5%	35%
Deuxième référence	3%	5%
Détection et traitement de la pré-éclampsie (Sulfate de magnésium)	10%	80%
Premier contact CSI	2%	10%
Première référence HD	5%	40%
Deuxième référence	3%	30%
Prise en charge des infections néonatales	11%	55%
Communauté	2%	5%
Premier contact CSI	1%	25%
Première référence HD	5%	20%

Interventions efficaces	Couvertures de base	Objectifs de couverture 2014-15
Deuxième référence	3%	5%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	8%	25%
Premier contact CSI	0%	0%
Première référence HD	5%	15%
Deuxième référence	3%	10%
Soins néonataux universels d'urgence (Asphyxie après soins, prise en charge des infections sévères et des nouveau-nés de très petit poids de naissance)	5%	55%
Première référence HD	2%	50%
Deuxième référence	3%	5%
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	52%	90%
Communauté	17%	30%
Premier contact CSI	32%	50%
Première référence HD	3%	10%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	22%	60%
Premier contact CSI	20%	50%
Première référence HD	2%	10%
Deuxième référence	0%	0%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	38%	85%
Communauté	0%	25%
Premier contact CSI	36%	50%
Première référence HD	2%	10%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	19%	90%
Communauté	0%	30%
Premier contact CSI	17%	50%
Première référence HD	2%	10%
Deuxième référence	0%	0%
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pédiatrique	67%	90%
Communauté	18%	30%
Premier contact CSI	47%	57%
Première référence HD	2%	2%
Deuxième référence	1%	1%
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) pour femme enceinte	0%	70%
Communauté	0%	15%
Premier contact CSI	0%	50%
Première référence HD	0%	5%
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour adulte	32%	80%
Communauté	11%	25%
Premier contact CSI	17%	40%
Première référence HD	3%	10%
Deuxième référence	1%	5%

Interventions efficaces	Couvertures de base	Objectifs de couverture 2014-15
Prise en charge des cas sévères de paludisme	35%	60%
Premier contact CSI	0%	0%
Première référence HD	34%	50%
Deuxième référence	1%	10%
Dépistage et prise en charge des IST	37%	67%
Premier contact CSI	25%	45%
Première référence HD	10%	15%
Deuxième référence	1%	7%
Antibiotiques pour infections opportunistes	19%	60%
Premier contact CSI	5%	10%
Première référence HD	2%	30%
Deuxième référence	11%	20%
ARV pour enfant atteint du SIDA	7%	30%
Premier contact CSI	0%	0%
Première référence HD	0%	15%
Deuxième référence	7%	15%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	6%	30%
Première référence HD	1%	15%
Deuxième référence	5%	15%
ARV pour adulte atteint du SIDA	39%	75%
Première référence HD	0%	15%
Deuxième référence	39%	60%
ARV de seconde intention pour les enfants	0%	10%
Première référence HD	0%	5%
Deuxième référence	0%	5%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere intention chez l'adulte	5%	15%
Première référence HD	0%	5%
Deuxième référence	5%	10%
DOTS for TB	58%	70%
Premier contact CSI	23%	28%
Première référence HD	23%	28%
Deuxième référence	12%	14%
Retraitement des patients TB	62%	62%
Premier contact CSI	25%	25%
Première référence HD	25%	25%
Deuxième référence	12%	12%
MDR traitement with second line drugs	78%	95%
Deuxième référence	78%	95%
Autres urgences aiguës	10%	15%

Annexe 2: Vision, objectifs et stratégies de la SDRP 2008-2012

Le Niger se fixe pour vision à long terme de « Devenir un pays émergent, bâti sur une économie dynamique, diversifiée, durable et harmonieusement répartie sur le territoire national, une République moderne, démocratique, citoyenne et bien gouvernée, une nation riche de sa culture et de ses valeurs partagées, une société ouverte sur le monde et attachée au savoir et à l'innovation technologique, indemne de la corruption et de la pauvreté, prospère, équitable et solidaire, respectueuse de l'éthique , unie , en paix et engagée à favoriser l'intégration africaine».

L'objectif global assigné à la SDRP consiste à améliorer le bien être des nigériennes et des nigériens.

De manière spécifique, le Niger a la ferme volonté de réduire la pauvreté dans toutes ses dimensions et de réaliser l'ensemble des OMD fixés pour l'horizon 2015. Ainsi, les revenus des nigériens seront accrus, leur état sanitaire et nutritionnel sera amélioré, leur niveau d'instruction sera relevé, les équilibres environnementaux seront préservés, l'accès aux services énergétiques modernes et à l'eau potable sera fortement renforcé, la participation aux prises de décision sera institutionnalisée, le désenclavement des villes et des campagnes par des infrastructures adéquates et l'accès universel aux NTIC seront une réalité.

Afin de réaliser les objectifs ainsi fixés, la SDRP sera conduite selon sept (7) axes stratégiques :

- Axe 1 : La recherche d'une croissance forte, diversifiée, durable et créatrice d'emplois,
- Axe 2 : L'accès équitable aux services sociaux de qualité,
- Axe 3 : La maîtrise de la croissance démographique,
- Axe 4 : La réduction des inégalités et le renforcement de la protection sociale des groupes vulnérables,
- Axe 5 : Le développement des infrastructures,
- Axe 6 : La promotion d'une gouvernance de qualité,
- Axe 7 : La mise en oeuvre efficace de la stratégie de réduction de la pauvreté.

Annexe 3. Réformes dans le secteur de la santé au Niger – 2011-2015

Définition de la réforme : Une réforme est un changement important dans l'organisation institutionnelle ou sociale d'un pays ou d'un secteur d'activités, dans le but d'y apporter des améliorations.

Dans le cadre du précédent PDS (2005-2010), un ensemble de réformes a été initié ou poursuivi. Parmi les plus importantes on peut citer l'instauration de la gratuité des soins (en 2006), la réforme hospitalière, dont l'élaboration des Projets d'Etablissement Hospitaliers (PEH), le développement de la contractualisation (avec l'élaboration d'une stratégie), la réforme du secteur pharmaceutique (avec la restructuration de l'ONPPC), le développement de l'approche sectorielle (traduite par la création du Fonds Commun financé par l'AFD et la Banque Mondiale¹³), l'élaboration et l'adoption de textes sur la SR, de la loi sur le SIDA, et sur la lutte contre le tabagisme.

Accompagnant ces réformes, de nouvelles stratégies et des actions d'importance ont été engagées comme la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, la construction de Centres Mères et Enfants dans les chefs-lieux des régions, L'élaboration du programme national de sécurisation des produits de la santé de la reproduction, l'élaboration d'un programme national anti-tabac, l'élaboration d'un programme d'Assurance Qualité ainsi que d'une stratégie de la maintenance.

Ces réformes et stratégies restent d'actualité et s'insèrent dans le cadre défini par le PDS 2011-2015. Certaines seront donc maintenues et amplifiées. D'autres viendront les compléter pour répondre aux besoins définis par le présent PDS. Ces dernières sont détaillées dans la suite de cette annexe et seront reprises plus amplement dans le cadre du Plan de Réformes qui sera développé en détails ultérieurement et accompagnera la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Un travail de priorisation des réformes identifiées dans le chapitre 8 du PDS a été d'ores et déjà effectué. Il a d'abord consisté en l'identification de l'interaction entre les réformes et les axes stratégiques (tableau ci-dessous). Ce travail avait été effectué dans un premier temps par le groupe de travail sur les réformes de l'Atelier de Validation du PDS 2011-2015 des 26 et 27 octobre 2010. Il a été revu et légèrement amendé par le Groupe Technique Restreint à sa suite.

Tableau XVI. Interaction entre les réformes identifiées et les Axes Stratégiques

Réformes	Axes Stratégiques impactés par les réformes								Nombre d'AS impactés
	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8	
Mise en place des mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et de nombre élevé de CSI	X	X	X		X	X			5
Financement basé sur les résultats / Gestion axée sur la performance		X	X		X	X	X		5
Développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé	X	X	X		X				4
Organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour les besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux	X	X	X	X	X	X			6
Mise en place d'un dispositif d'amélioration de la qualité dans le système de santé y compris la création des comités pharmaceutique, thérapeutique et de recherche au niveau de chaque établissement hospitalier et la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires	X	X	X	X		X			5
Création d'un Fonds social qui, à terme, devrait inclure le dispositif de gratuité des soins		X	X		X	X	X		5
Réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC par la définition des nouvelles missions de services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires techniques et financiers et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure de jouer pleinement son rôle		X		X	X				3
Mise en œuvre d'actions de	X	X	X		X	X			5

promotion de l'installation des médecins en zone rurale									
Développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs	X	X							2

Le tableau suivant présente les critères utilisés pour fixer les niveaux de priorité des réformes identifiées dans le PDS 2011-2015. Chacun des trois critères retenus (faisabilité, impact sur les axes et soutien politique en faveur de la réforme) sont évalués de 1 (plus faible) à 3 (plus fort) et sont de poids équivalent entre eux. Le total des points est la simple somme des points obtenus pour chaque critère. La sélection a été effectuée par le Groupe Technique Restreint à la suite des travaux de l'Atelier de Validation du PDS 2011-2015 des 26 et 27 octobre 2010, qui comprenait un groupe de travail consacré au plan de réformes. Ce groupe de travail avait déjà identifié 10 réformes de base.

Tableau XVII. Matrice de priorisation des réformes

Légende : en surligné jaune les réformes de priorité 1, en surligné vert les réformes de priorité 2, et sans surlignage les réformes de priorité 3.

Réformes	Faisabilité	Impact sur les axes	Soutien politique (Etat + PTF)	Total de points	Rang de priorité
Mise en place des mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et de nombre élevé de CSI	3	3	3	9	1 ^{er}
Développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé	3	2	3	8	2 ^{ème}
Mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale	1	3	1	5	8 ^{ème}
Développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs	1	1	2	4	10 ^{ème}
Création d'un Fonds social qui, à terme, devrait inclure le dispositif de gratuité des soins	1	3	2	6	7 ^{ème}
Financement basé sur les résultats / Gestion axée sur la performance	2	3	3	8	2 ^{ème}

Réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC par la définition des nouvelles missions de services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires techniques et financiers et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure de jouer pleinement son rôle	2	2	3	7	5 ^{ème}
Mise en place d'un dispositif d'amélioration de la qualité dans le système de santé y compris la création des comités pharmaceutique, thérapeutique et de recherche au niveau de chaque établissement hospitalier et la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires	2	3	2	7	5 ^{ème}
Organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour les besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux	2	3	3	8	2 ^{ème}

Le tableau suivant, enfin, présente de façon synthétique les objectifs et les principales étapes de la mise en œuvre des réformes. Le calendrier plus précis, l'identification de responsabilités et l'élaboration de cadre de suivi et évaluation de cette mise en œuvre seront développés ultérieurement dans le cadre d'un plan de mise en œuvre des réformes. Cette matrice constitue une ébauche synthétique de ce plan pour les réformes retenues dans le PDS.

Tableau XVIII. Matrice d'objectifs et d'étapes principales des réformes

Intitulé de la réforme	Objectifs / Définitions	Description / Principales étapes	Structure Responsable	Structures impliquées
Réformes de priorité 1				
Mise en place de mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et de nombre élevé de CSI	<p><u>Objectif</u> Améliorer les performances du système de santé au niveau des districts sanitaires</p>	<p><u>Description :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des décideurs - Sensibilisation des acteurs sur les enjeux de la stratégie - Identification des districts à fort poids démographiques et au nombre élevé de CSI - Adoption du zonage par un texte approprié - Affectation de ressources selon les besoins - Suivi et évaluation 	DOS	DEP, DLC, DGR, DGSP, DRSP
Financement basé sur les résultats / Gestion axée sur la performance	<p><u>Objectif :</u> Améliorer la qualité des prestations dans les services de santé par une performance plus accrue des structures sanitaires</p> <p><u>Définition</u> C'est une stratégie de financement des services de santé visant à augmenter la quantité et la qualité des services et soins préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes à travers l'achat des soins.</p>	<p><u>Description :</u> Cette réforme passera par des étapes centrales qui seront dans l'ordre suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des décideurs - Sensibilisation des acteurs sur les enjeux de la stratégie avec pour objectif la recherche de l'adhésion des principaux acteurs à la réforme et prônant à la fois, l'approche participative - la révision du document actuel de contractualisation, afin d'en intégrer les éléments clés relatifs au PBF tel que décrit aujourd'hui. C'est ce document révisé qui sera soumis à l'adoption du Gouvernement - parallèlement à l'étape de la révision, il sera élaboré la réglementation qui doit régir la mise en œuvre de l'initiative. Cette réglementation donnera les 	DGR	DEP, DOS, DRSP, DS, MEF, MFP/T

		<p>orientations en matière de rayonnement de l'initiative, du choix du vérificateur et des modalités d'utilisation du bonus/primes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - *la réglementation définira la vision des autorités : mise à échelle d'emblée ou test pilote, définira les niveaux de la pyramide qui seront concernés (communautaire, CSI ou ECD) - *les orientations sur le choix du vérificateur se porteront sur une structure du MSP ou sur le choix d'un indépendant (cabinet, ONG ou Associations). Ces orientations mettront l'accent sur les options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - résultats progressifs (non plafonnés) - <u>ou</u> - fondés sur des critères (indicateurs) ; il sera défini alors, les indicateurs qui serviront de vérification de la performance et les différentes pondérations à prendre en compte dans l'attribution du montant de la prime/bonus. - *Cette réglementation fixera également le taux du bonus /primes à octroyer par niveau de performance réalisé et éventuellement les modalités de l'utilisation de ce bonus/primes. - Il est impératif que cette initiative soit soutenue par un processus dans lequel s'intègre ; plaider fort auprès des décideurs ; un suivi et une évaluation pour laquelle une collecte de données de bases en fonction des indicateurs retenus 		
--	--	---	--	--

		s'avère nécessaire - Suivi Evaluation		
Développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé	<p><u>Objectif :</u> Améliorer la qualité et l'efficacité des prestations à la base par une participation communautaire effective</p> <p><u>Définition :</u> <i>La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre bien être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. O.M.S /UNICEF (1978).</i></p>	<p><u>Description :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des décideurs - Sensibilisation des acteurs sur les enjeux de la stratégie - Adoption des nouveaux textes de la stratégie de la participation communautaire - Redéfinition du statut de la case de santé (mise en place d'un comité de réflexion, élaboration et adoption du statut des cases de santé y compris la définition du PMA et agents de santé communautaire) - Suivi et évaluation 	DOS	DLC, DGSP, DEP, DRSP, DS
Organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour les besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux	<p><u>Objectif :</u> Améliorer la qualité des données à tous les niveaux pour une meilleure prise de décision</p> <p><u>Définition :</u> L'organisation du système d'information sanitaire passe par le renforcement des capacités des structures en suivi évaluation et en gestion de l'information sanitaire, en supervision facilitante et en monitoring. Un accent particulier sera mis sur l'utilisation d'outils performants de gestion des données (Tableaux de bord santé, Data quality Survey, ...) à tous les niveaux. En outre, un observatoire national de la santé sera créé et doté de ressources nécessaires pour renforcer les</p>	<p><u>Description :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès des décideurs • Sensibilisation des acteurs • Assurer le fonctionnement permanent et adéquat du SNIS sur les ressources budgétaires de l'Etat. • Créer un observatoire national de la santé au mandat parfaitement défini et doté des ressources nécessaires à son fonctionnement. • Renforcer la supervision facilitante et le coaching surtout pour les agents de districts, des centres de santé intégrés et des cases de santé. • Réviser le SNIS pour produire des données utiles à la gestion du PDS et la mesure des performances du système de santé. 	DSSRE	DEP, DGSP, DGR, INS

	<p>capacités du système.</p> <p>En ce qui concerne la gestion de l'information sanitaire, l'accent sera mis sur la collecte, le traitement et l'analyse des données générées à tous les niveaux pour permettre au système de disposer de données fiables pour la gestion du PDS et d'assurer la rétro information en temps utile. Une gestion efficace du PDS va nécessiter une restructuration complète du SNIS dans son format actuel.</p> <p>La mesure de la performance du système sera assurée à travers la production et l'analyse des données de qualité aux fins d'une prise de décision judicieuse à tous les niveaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définir et mettre en place des tableaux de bord permettant un suivi efficace des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. • Renforcer les capacités des agents pour l'utilisation des supports de collecte, de traitement, d'analyse des données et d'outils performants de gestion des données. • Renforcer les capacités techniques et logistiques des structures en charge de la gestion de l'information sanitaire (équipement, progiciel de traitement de données). • Suivi et évaluation. 		
Réformes de priorité 2				
<p>Mise en place d'un dispositif d'amélioration de la qualité dans le système de santé y compris la création des comités pharmaceutique, thérapeutique et de recherche au niveau de chaque établissement hospitalier et la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires</p>	<p><u>Objectif :</u> Améliorer la qualité de la prise en charge des patients</p> <p><u>Définition</u> La qualité : "Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins". (Selon l'OMS)</p> <p>La certification est la procédure par</p>	<p><u>Description :</u> La recherche systématique de la sécurité et de la qualité dans les soins donnés au malade, ainsi que la promotion d'une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé imposent désormais aux responsables des formations sanitaires la mise en place d'un système qualité.</p> <p>Le recours au système de certification et de l'accréditation pourrait être la solution.</p> <p>Etapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des décideurs - Sensibilisation des acteurs - Mise en place d'un cadre juridique - Mise en place de structures d'accréditation/Certification (Direction ou 	<p>DGSP</p>	<p>IGS, DOS, DPHL/MT, DRH, DLC, EPA, EPIC, MESS/RT</p>

	<p>laquelle un organisme tierce partie atteste, par le biais d'un audit, un produit, un système de management de la qualité ou un service est conforme aux exigences spécifiées dans le référentiel de la norme choisie.</p> <p>C'est une façon de reconnaître aux « clients » ou aux usagers le droit d'exiger de la qualité. Elle prouve, par ailleurs, qu'un service public de santé est aussi en mesure de s'adapter avec succès au secteur concurrentiel tout en restant dans une logique de service public.</p> <p>L'accréditation quant à elle se définit comme la reconnaissance officielle par une structure habilitée, de la compétence technique d'un établissement de santé, et permet d'accroître la confiance des usagers et des autorités publiques envers les prestations de soins délivrées.</p>	<p>Agence, Comité de Pilotage)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un manuel de certification - Suivi Evaluation 		
<p>Création d'un Fonds social qui, à terme devrait inclure le dispositif de gratuité des soins</p>	<p><i>Objectif</i> Accroître l'accès financier des personnes vulnérables et démunies aux formations sanitaires.</p> <p><i>Définition</i> Le Fonds social de santé est une institution à caractère social qui a pour mission d'assurer la prise en charge financière des tarifs des soins destinés aux personnes démunies.</p>	<p><u>Description</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des décideurs - Sensibilisation des acteurs sur les enjeux de la stratégie - Organisation et structuration du fonds social - Mécanisme d'identification des bénéficiaires du fonds social - Mécanisme de financement du fonds social - Procédures administratives et financières liées au fonctionnement du fonds social - Suivi et évaluation 	<p>DEP</p>	<p>DRFM, DOS, MEF</p>

Réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC par la définition des nouvelles missions de services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires techniques et financiers et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure de jouer pleinement son rôle	<p><i>Objectif :</i> Rendre disponible et à un bon prix les médicaments à tous les niveaux du système sanitaire</p> <p><i>Définition :</i> La réforme du secteur pharmaceutique consiste à mettre en place un mécanisme fonctionnel avec pour axe centraux la réorganisation des structures de production et de distribution pour une meilleure accessibilité et disponibilité du médicament essentiel de qualité</p>	<p><i>Description :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès des décideurs • Sensibilisation des acteurs sur les enjeux de la stratégie • Organisation des appels d'offres (acquisition-distribution) afin d'assurer une meilleure accessibilité aux médicaments • Mise en place d'un mécanisme afin que les informations circulent davantage à tous les niveaux • Harmonisation des procédures de gestion • Organisation d'une meilleure inspection pharmaceutique • Formation à l'usage rationnel du médicament • Identification des structures de production de médicament afin d'assurer la promotion de la production locale • Suivi et évaluation 	DPHL/MT	DGSP, DLC, ONPPC (y/c LANSPEX, SONIPHAR)
Réformes de priorité 3				
Mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale	<p><i>Objectif :</i> Renforcer la décentralisation des soins et réduire les inégalités de santé entre zone rurales et urbaines.</p> <p><i>Définition</i> Cette approche consiste à amener les médecins à servir dans les établissements de santé non hospitaliers de zones rurales afin de rehausser et compléter la qualité des soins et services qui y font défaut.</p>	<p><i>Description :</i> L'installation des médecins en zones rurales est un impératif au vu de l'analyse du système de santé au Niger afin de renforcer la décentralisation des soins et de réduire les inégalités de santé entre zones rurales et urbaines. Dans sa mise en œuvre, cette réforme mettra l'accent dans un premier temps après la phase de sensibilisation des acteurs et de lancement du processus, sur la formation desdits médecins en management des services de santé et à la familiarisation des médecins à la santé communautaire. Cette formation aura pour</p>	DOS	DLC, DEP, DGR, DRSP, DS

		<p>but :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le respect de la déontologie et de l'éthique médicale, le médecin de campagne s'engagera à dispenser des soins de qualité à tous sans distinctions; à tenir compte des capacités de paiement des populations et à limiter les coûts; à prescrire des médicaments essentiels génériques ; à promouvoir des mécanismes de protection sociale ; à organiser une permanence des soins ; à réaliser le paquet minimum d'activités (PMA) prévu par le Ministère de la Santé ; à participer à la lutte contre les maladies considérées comme prioritaires et à développer des activités de promotion et d'éducation à la santé; à contribuer au recueil d'informations sanitaires; à se perfectionner à travers la formation continue; et à collaborer avec les communautés et les autorités. - elle permet d'augmenter la capacité résolutive locale, de renforcer la confiance de la population et de créer des conditions plus favorables à l'acceptation des activités nécessaires à la santé publique. <p>Dans cette réforme, une priorité sera également accordée aux étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer et sensibilisation des acteurs sur les enjeux de la stratégie une étude de faisabilité de la réforme, - un voyage d'imprégnation sur le processus Malien - l'élaboration de la stratégie, qui sera validé dans une approche participative et adoptée par le Gouvernement - une sensibilisation régulière des acteurs de mise 		
--	--	--	--	--

		<p>en œuvre, décideurs locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - un plaidoyer annuel auprès des décideurs pour accroître les ressources et maintenir l'engagement politique -le Suivi et l'évaluation du processus et des résultats. 		
<p>Développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs</p>	<p><u>Objectif:</u> Renforcer la collaboration entre acteurs afin de rendre plus performant le système de santé</p> <p>Définition : La Contractualisation est « un processus d'entente, sur un objet donné, entre différents acteurs et barrée sur un contrat ». Il n'y a donc pas de contractualisation sans contrat ; mais le contrat n'est que l'élément central du processus.</p>	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mener des études de faisabilité - S'imprégner d'expériences de contractualisation réussies (voyage d'imprégnation) - Plaidoyer auprès des décideurs - Sensibilisation des acteurs - Mise en place d'un arsenal technique, réglementaire et juridique - Mener des expériences pilotes avant le passage à échelle - Suivi et évaluation 	DEP	DGSP, DGR, DLC

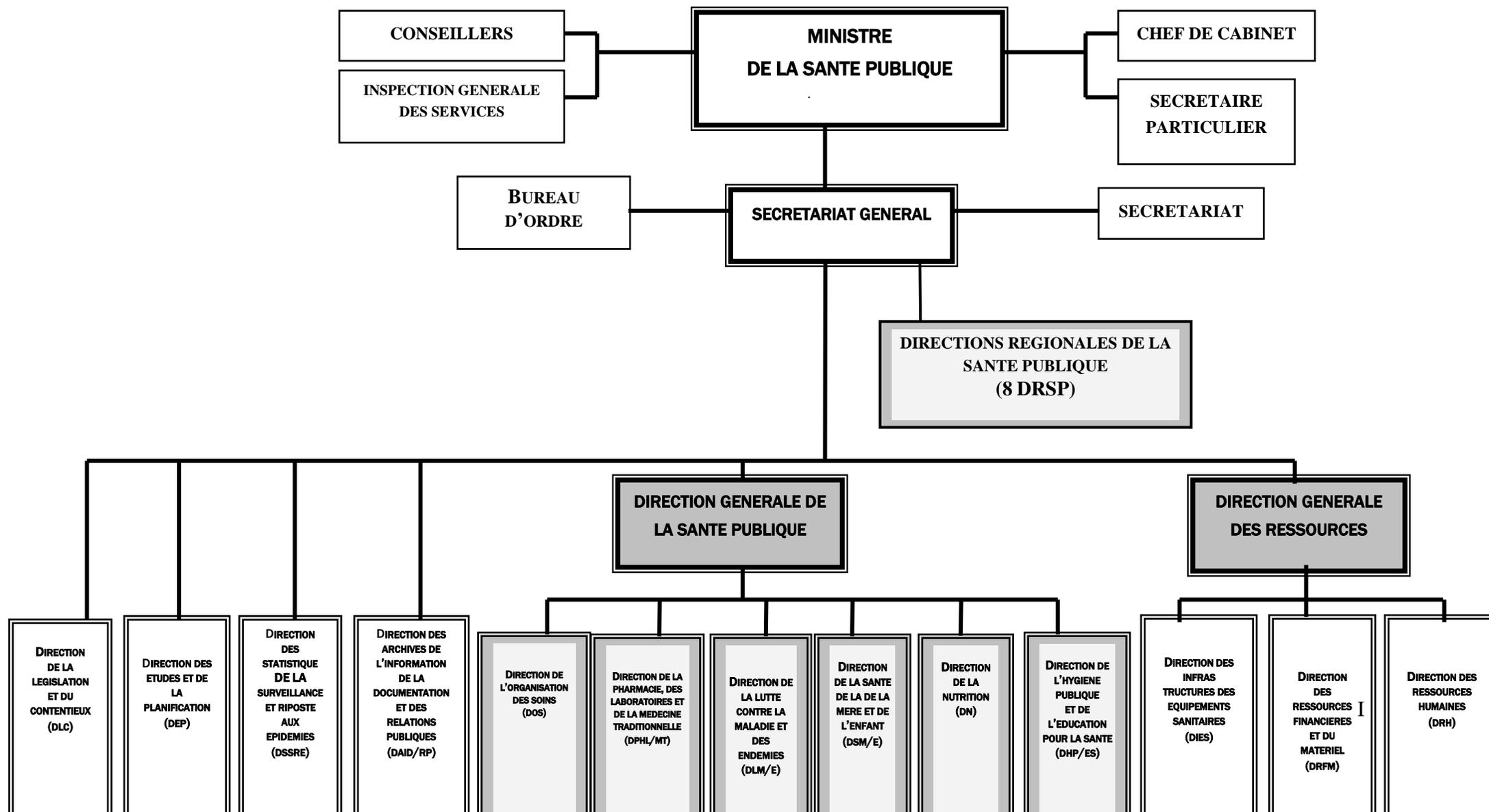
Annexe 4 : Liste des OMD

Objectif 1	Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim
	Cible 1. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, les proportions de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour
	Cible 2. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim
Objectif 2	Assurer l'éducation primaire pour tous
	Cible 3. D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires
Objectif 3	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
	Cible 4. Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard
Objectif 4	Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans
	Cible 5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
Objectif 5	Améliorer la santé maternelle
	Cible 6. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
Objectif 6	Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
	Cible 7. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle
	Cible 8. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Objectif 7	Assurer un environnement durable
	Cible 9. Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales
	Cible 10. 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
	Cible 11. Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis
Objectif 8	Mettre en place un partenariat mondial pour le développement
	Cible 12. Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire Cela suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu'international
	Cible 13. S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés La réalisation de cet objectif suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés; l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des PPTE et l'annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels; et l'octroi d'une APD plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté
	Cible 14. Répondre aux besoins particuliers des petits États insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les conclusions de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale)
	Cible 15. Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme
	Cible 16. En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile
	Cible 17. En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement
	Cible 18. En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous

Annexe 5: Organigramme du MSP

ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE (décret n°2008-088/PRN/MSP du 20 mars 2008)



Annexe 6 : Besoins en personnels par corps et par catégorie pour la période 2010-2014

Corps	Catégories	Effectifs 2009	Besoins 2010	Besoins 2011	Besoins 2012	Besoins 2013	Besoins 2014	Besoins totaux
Aides anesthésistes	A2	60	24	23	23	13	13	96
Aides Chirurgiens	A2	61	17	17	17	16	16	83
Aides Orthopédistes	A2	2	13	12	12	11	11	59
Aides Prothésistes	A2	7	12	12	11	11	10	56
Aides Radiologues	A2	40	15	14	12	10	10	61
Dentiste	A1	17	13	12	12	10	10	57
Gestionnaires	A1	126	0	0	0	0	0	0
Infirmiers Certifiés	D1	1078	250	208	0	0	0	458
Infirmier Diplômé d'Etat	B2	1386	115	115	115	115	108	568
Laborantins	B2	369	23	23	23	23	23	115
Médecins/Specialistes	A1	439	47	47	47	47	44	232
Pharmaciens	A1	22	12	12	12	12	12	60
Prothésistes Dentaires	A2	4	11	11	11	11	10	54
Sages Femmes Diplômées d'Etat	B2	674	55	55	55	55	49	269
Secrétaires	B2	14	14	14	14	14	13	69
Statisticiens/Informaticiens	A2	8	5	5	4	4	3	21
Techniciens Supérieurs en Dermatologie	A2	8	12	12	12	11	11	58
Techniciens Supérieurs en ORL	A2	12	12	12	12	11	11	58
Techniciens d'Hygiène et d'Assainissement	A2	222	16	16	16	16	16	80
Techniciens Supérieurs en Epidémiologie	A2	54	11	10	10	11	11	53
Techniciens Supérieurs en IEC	A2	39	10	10	11	11	11	53
Techniciens Supérieurs en Ophtalmologie	A2	31	12	12	12	12	12	60
Techniciens Supérieurs en Santé Mentale	A2	6	14	14	12	12	14	66
Techniciens Supérieurs en Santé	A2	38	8	5	5	4	4	26

Corps	Catégories	Effectifs 2009	Besoins 2010	Besoins 2011	Besoins 2012	Besoins 2013	Besoins 2014	Besoins totaux
Communautaire								
Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers	A2	64	17	17	17	17	16	84
Techniciens Supérieurs en Soins Obstétricaux	A2	29	14	15	14	15	14	72
Assistants Sociaux	B2	324	22	22	20	20	15	99
Techniciens Supérieurs en Microbiologie	A2	64	17	17	15	10	10	69
Techniciens Supérieurs de Laboratoire	A2	227	125	105	95	75	55	455
Auxiliaires		1215	132	132	100	100	90	554
TOTAL		6670	1048	979	719	677	622	4045

Annexe 7 : Liste des membres du comité technique restreint d'élaboration du PDS 2011-2015

Noms et Prénoms	Structures
1. Dr Adama Ouédraogo	UNICEF
2. Dr Adrien Kisi	DEP/CAI
3. Dr Gagara Magagi	OMS
4. Dr Idrissa Maïga Mahamadou	DEP/CAI
5. Dr Kiari Kaka Kaïro	CPADS
6. Dr Mahaman Hamissou Ouedraogo	DEP
7. Dr Mamane Elhadji Maty	SONIPHAR
8. Dr SOURA YORBA	AT/DEP
9. Mme Chégou Amina Amadou	DGB/ME/F
10. Mme Ocquet Sakina Habou	DSME
11. Mr ABDOU MAMANE	DIES
12. Mr Adamou Amadou	DEP
13. Mr Augustin Akra	UNICEF
14. Mr Bah Oumar	DRFM
15. Mr Bawan Allah Goubekoye	DOS
16. Mr Bizo Moussa	OMS
17. Mr Cédric Soenin	DRH
18. Mr Habou Mahamane	DEP
19. Mr Hamadou Harouna	DLC
20. Mr Moussa Haladou	DSS/RE
21. Mr Ousmane Oumarou	DEP
22. Mr Sidikou Soumana	DEP
23. Mr Souley Galadima	DRFM

Annexe 8 : Arrêtés de mise en place du comité technique et du comité de pilotage pour l'élaboration du PDS 2011-2015

REPUBLICQUE DU NIGER
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
PLANIFICATION

Arrêté N° 059 - 7 /MSP/SG/DEP

du 12 FEB 2010

**Portant création de structures
chargées de conduire le processus
d'élaboration du PDS 2011 –
2015, du CDMT et du Compact.**

LA MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

- Vu La Constitution du 18 août 2009;
- Vu l'ordonnance n° 99 -56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions et les textes modificatifs subséquents ;
- Vu le décret n° 99 – 466/PCRN/MFP/T/E du 22 novembre 1999 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 99 -56 du 22 novembre 1999 déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat et fixant ses missions ;
- Vu le décret n°2007 – 250/PRN/MSP du 19 juillet 2007 déterminant les attributions du Ministre de la Santé Publique ;
- Vu le décret n° 2007 – 501/PRN/MSP du 08 Novembre 2007 portant organisation du Ministère de la Santé Publique ;
- Vu le décret n° 2008 – 088/PRN/MSP du 20 Mars 2008 portant organisation des Directions nationales du Ministère de la Santé Publique et déterminant les attributions de leurs responsables ;
- Vu Le décret n°2009 – 257/PRN du 19 Août 2009, portant nomination du Gouvernement, modifié par le décret n° 2009 – 354 /PRN du 10 Octobre 2009 ;
- Vu Le Décret n° 2009 – 336/ PRN du 02 Octobre 2009 portant nomination du Premier Ministre ;
- Vu les recommandations de l'Atelier National de restitution de l'évaluation à mi parcours du PDS 2005-2010 tenu du 5 au 7 Octobre 2009 à Niamey ;

Arrête

CHAPITRE Ier : Dispositions générales

Article premier : Il est créé au sein du Ministère de la Santé Publique des structures chargées de conduire le processus d'élaboration du Plan de Développement Sanitaire pour la période 2011-2015, du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et du Compact ci-après :

- Un Comité de Pilotage des travaux de l'élaboration du PDS 2011 – 2015, du CDMT et du Compact ;
- Un Comité Technique chargé de l'élaboration du PDS 2011-2015, du CDMT et du Compact.

CHAPITRE II : Du Comité de Pilotage des travaux de l'élaboration du PDS 2011 – 2015, du CDMT et du Compact

Article 2 : Le Comité de Pilotage des Travaux de l'élaboration du PDS 2011 – 2015, du CDMT et du Compact a pour mission de :

- apprécier et valider les travaux d'élaboration du PDS 2011-2015, du CDMT et du Compact ;
- prendre les décisions relatives à l'élaboration du PDS 2011-2015, du CDMT et du Compact.

Article 3 : Le Comité de Pilotage des travaux de l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire pour la période 2011-2015 du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et du Compact est composé comme suit :

- **Président e :** La Ministre de la Santé Publique ;
- **1^{er} Vice Président :** Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique
- **2^{ème} Vice Président :** Le Chef de file des PTFs
- **3^{ème} Vice Président :** Le Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Santé Publique
- **1^{er} Rapporteur :** - Le Directeur des Etudes et de la Planification(DEP) ;
- **2^{ème} Rapporteur Adjoint :** Dr Hama Issa Moussa, Direction des Etudes et de la Planification /CAI
- **Membres**
 - Un Représentant de la Présidence de la République (PRN) ;
 - Un Représentant de la Primature (PM) ;
 - Un Représentant de la Commission Sociale de l'Assemblée Nationale (AN) ;
 - Un Représentant du Ministère de l'Education Nationale (MEN) ;
 - Un Représentant du Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire (MAT/DC);
 - Un Représentant du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant (MPF/PE) ;
 - Un Représentant du Ministère de l'Economie et des Finances (ME/F) ;
 - Un Représentant du Ministère de l'Hydraulique (MH) ;
 - Un Représentant du Ministère de la Communication (MC) ;
 - Un Représentant du Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation (MI/SP/D) ;
 - Un Représentant du Ministère de la Population et des Réformes Sociales (MP/RS) ;

Un Représentant du Ministère du Développement Agricole (MDA) ;
 Un Représentant du Ministère du Transport et de l'Aviation Civile (MT/AC) ;
 Un Représentant du Ministère de la Justice (MJ);
 Un Représentant du Ministère de la Fonction Publique et du Travail (MFP/T) ;
 Un Représentant du Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur, de la Recherche et de la Technologie (MESS/R/T) ;
 Un Représentant du Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJ/S) ;
 Le Président de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens –Dentistes ;
 Le Président des Promoteurs des Formations Sanitaires Privées.
 Le Secrétaire Général du SYMPHAMED ;
 Le Secrétaire Général du SUSAS ;
 Le Secrétaire Général du SNIN ;
 Le Secrétaire Général du SYNTRASAS ;
 Le Secrétaire Général du SYNTRASS ;
 Le Secrétaire Général du SNTBBN ;
 Le Secrétaire Général du Syndicat des non Soignants ;
 Le Secrétaire Général du SYNASCOM,
 Le Secrétaire Général du SNACS ;
 Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur Santé;
 Le Président du ROASSEN ;

CHAPITRE III : Du Comité Technique Chargé de l'élaboration du PDS 2011-2015, du CDMT et du Compact.

Article 4 : Le Comité Technique Chargé de d'élaboration du PDS 2011-2015, du CDMT et du Compact a pour mission de :

- proposer l'approche et la méthodologie devant permettre l'élaboration du PDS 2011-2015 ainsi que ses déclinaisons régionales dans les délais du CDMT et du Compact ;
- proposer les Termes de Référence (TDR) pour le recrutement des consultants devant appuyer le processus d'élaboration du PDS 2011-2015 ;
- suivre les différentes étapes du processus et faire rapport au MSP ;
- présenter l'état d'avancement du processus aux réunions de concertation MSF/PTFs du secteur ;
- organiser les ateliers de validation des différents documents produits.

Article 5 : Le Comité Technique Chargé de l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire pour la période 2011-2015 du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et du Compact est composé comme suit :

- **Président** : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ;
- **1^{er} Vice Président** : Le Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Santé Publique
- **2^{ème} Vice Président** : Le Chef de file des PTFs
- **1^{er} Rapporteur** : - Le Directeur des Etudes et de la Planification(DEP) ;
- **2^{ème} Rapporteur Adjoint** : Dr Hama Issa Moussa, Direction des Etudes et de la Planification /CAI

• **Membres**

Mme Dania Rakia, Conseillère Technique/MSP ;
Dr Maï Moctar Hassane, Inspecteur Général des services
Dr Ali Djibo, Directeur Général de la Santé Publique
Mr Sadi Moussa Directeur de l'Hygiène Publique et de l'Education Pour la Santé
Dr Issoufou Aboubacar, Directeur de la lutte contre la maladie et les endémies ;
Dr Yaro Asma Galy, Directrice de la Santé de la mère et de l'enfant ;
Mr Issa Yahaya, Directeur des Ressources Humaines ;
Dr Bara Ibrah, Directeur de la Nutrition ;
Mme Moumouni Belkissa , Conseillère en Gestion FC/PDS ;
Dr Sani Alio Directeur des Pharmacies, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPHL/MT)
Dr Souley Rabi Maitournam, Directrice des Statistiques, de la Surveillance et Riposte aux Epidémies (DSSRE) ;
Mme IDI Fatoumata Tari, Directrice de l'Organisation des soins (DOS) ;
Mr Mahamidou Illo, Directeur des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques
Dr Hamissou Mahaman Ouédraogo, Direction des Etudes et de la Planification ;
Dr Idrissa Mounkaila, Direction des Etudes et de la Planification ;
Dr Chégou Yami, Direction Générale de la Santé Publique ;
Dr Bonkaney Oumarou, Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX) ;
Mr Ousmane Oumarou, Direction des Etudes et de la Planification ;
Mr Abdou Galo Karimou, Directeur de l'Institut de Santé Publique ;
Mr Sidikou Soumana, Direction des Etudes et de la Planification ;
Dr Kiari Kairo Kaka, Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires (CPADS) ;
Dr Kaïné Abdoulaziz, CPADS ;
Mr Adakal Aboubacar, Direction des Statistiques, de la Surveillance et Riposte aux Epidémies (DSSRE) ;
Adamou Amadou Direction des Etudes et de la Planification ;
Dr Aboubacar Amadou Tinni Direction des Etudes et de la Planification ;
Mr Moussa Haladou, Direction des Statistiques, de la Surveillance et Riposte aux Epidémies (DSSRE) ;
Mr Hassane Namaka, Direction des Etudes et de la Planification ;
Dr Abdoulaye Mariama, Direction de la Santé de la mère et de l'enfant /PTME ;
Mr Abdou Mamane, Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires ;
Dr Abani Maazou, Coordonnateur Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
Mr Laouali Ali, Direction de l'Organisation des soins (DOS) / Cellule Gratuité ;
Mr Bawan Allah Goubekoye, Direction de l'Organisation des soins ;
Dr Ibrahim Amadou, Hôpital National Lamordé ;
Dr Idrissa Maïga Mahamadou Direction des Etudes et de la Planification /CAI
Dr Guéro Maïmouna, Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
Dr Maty Elhadji Mamane, Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques (SONIPHAR)
Mr Hamadou Harouna, Direction de la Législation et Contentieux (DLC)
Dr Hamadou Djibo, Faculté des Sciences de la Santé (FSS) ;
Dr Issaka Kamayé Unité Lutte Sectorielle Santé IST/VIH/Sida ;



Dr Issoufou Ousmane Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
 Colonel Hamidou Harouna Ministère de la Défense Nationale ;
 Mr Bizo Moussa Représentant de l'OMS ;
 Dr Gagara Magagi Représentant de l'OMS ;
 Les Représentants de l'UNFPA ;
 Les Représentants de l'UNICEF ;
 Le Représentant de la Banque Mondiale ;
 Le Représentant de l'AFD ;
 Le Représentant de la Coopération Italienne ;
 Le représentant de la Coopération Belge ;
 Le représentant de la Coopération Espagnole ;
 Le Représentant de la Coopération Française ;
 Tous les Assistants Techniques Internationaux du MSP.

CHAPITRE IV : Dispositions communes

Article 6 : Les comités peuvent faire appel à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

Article 7 : Les Comités se réunissent sur convocation de leurs présidents ou à la demande des parties prenantes et sur un ordre du jour bien déterminé.

Article 8 : Les frais du fonctionnement des Comités sont pris en charge par le budget affecté à cette activité dans le Plan d'Action Annuel (PAA) de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du Ministère de la Santé Publique (MSP).

CHAPITRE IV : Dispositions finales

Article 9: Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent arrêté notamment l'arrêté N°448 /MSP/SG/DEP du 29 Décembre 2009.

Article 10: Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal Officiel de la République du Niger.

Ampliations :

PRN/CAB	1
PM/CAB	1
SG /MSP	1
ME/F	1
MDN	1
IGS	1
CT/MSP	1
DG/MSP	2
DC/MSP	13
AN	1
Tous Ministères	31
ROASSN	1
Structures Syndicales	9
Archives Nationales	1
JORN	1

Dr MOUSSA FATIMATA

Annexe 10 : Impact attendus du PDS 2011-2015 selon les possibilités de financement

	1990	2005 EDSN MICS3	2009 (selon tendance)	Rendez-vous en 2015			OMD 2015	
				PDS	Croissance Faible	Croissance Moyenne		Croissance Forte
Budget (en million de FCFA)				1 101 659	991 871	1 077 678	1 252 726	
Taux de mortalité Infanto-juvénile (pour 1000 NV)	318	198	162	95	117	≈ 95	87	106
Taux de mortalité Maternelle (pour 100 000 NV)	700	648	634	396	492	≈ 396	368	175

