

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
*Fraternité-Travail-Progrès*  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**



**CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES DU PLAN DE  
DEVELOPPEMENT SANITAIRE**

REPUBLIQUE DU NIGER

**Décembre 2020**

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	5
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	7
1.1 Enjeux et justification .....	7
1.2 Eléments de contexte propre au Niger .....	7
<b>2 METHODOLOGIE</b> .....	10
2.1 Phase préparatoire .....	10
2.2 Processus de collecte des données .....	10
2.3 Méthode de saisie et de traitement des données .....	11
2.4 Analyse et interprétation des données .....	12
2.5 Restitution des résultats.....	12
<b>3 RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES</b> .....	13
3.1 Analyse du financement du Plan de Développement Sanitaire .....	13
3.2 Analyse du financement du Plan de Réponse à la Covid-19 .....	18
3.3 Analyse du déficit de financement du Plan de Développement Sanitaire .....	19
3.4 Analyse du déficit de financement du Plan de Réponse à la Covid-19 .....	21
<b>4 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	22
4.1 Conclusion .....	22
4.2 Recommandations.....	23
<b>ANNEXES</b> .....	24
Annexe 1 : Listes des interventions prioritaires du PDS 2017-2021 .....	25
Annexe 2 : Chronogramme de la Cartographie des Ressources .....	30
Annexe 3 : Description de l’outil de collecte informatisé .....	31
Annexe 4 : Présentation PowerPoint des résultats de Cartographie .....	32

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les cinq étapes clés de la cartographie des ressources .....	10
Figure 2 : Evolution des dépenses de santé par habitant au Niger .....	13
Figure 3 : Répartition des ressources par source de financement du PDS.....	13
Figure 4 : Répartition des financements extérieurs par type de bailleur en 2020 .....	14
Figure 5 : Répartition des financements dans le budget de l'Etat en 2020.....	14
Figure 6 : Répartition des financements par domaine prioritaire du PDS en 2020 .....	15
Figure 7 : Répartition des financements par programme et par source de financement en 2020 ...	15
Figure 8 : Répartition des financements par sous-programmes du programme 3 du PDS en 2020	16
Figure 9 : Répartition des financements liés à la sécurité sanitaire et la gestion des épidémies ....	16
Figure 10 : Répartition des financements au niveau infranational en 2020 .....	17
Figure 11 : Comparaison du budget par région et par habitant en 2020 avec le niveau de mortalité infanto-juvénile.....	17
Figure 12 : Répartition des financements Covid-19 par source et modalité de financement en 2020 .....	18
Figure 13 : Répartition des financements Covid-19 par volet du Plan de Réponse en 2020.....	18
Figure 14 : Estimation du déficit de financement du PDS en 2020 .....	19
Figure 15 : Estimation des besoins de financement du PDS 2017 & 2018 (en million XOF).....	19
Figure 16 : Estimation du déficit de financement par programme du PDS en 2020.....	20
Figure 17 : Estimation des déficits de financement au sein du Programme 2 du PDS en 2020 .....	20
Figure 18 : Estimation des déficits de financement au sein du Programme 3 du PDS en 2020 .....	21
Figure 19 : Estimation du déficit de financement par pilier du Plan de Réponse à la Covid-19 en 2020.....	21

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été entièrement financée par le **Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child (GFF)** avec l'appui technique du **Secrétariat du GFF**, de l'Officier de Liaison GFF du Niger **M. Aboubacar CHAIBOU BEGOU** et d'un consultant national, **M. ISSAKA kassoum**, économiste de la santé.

Les auteurs tiennent à remercier sincèrement **Dr Ranaou Abaché, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique (SG/MSP), Point focal gouvernemental du GFF au Niger** et **tous les membres du comité technique GFF** pour leur facilitation et orientations dans la réalisation de l'étude du début à la fin.

En outre, nos remerciements vont également au **Gouvernement**, aux **Partenaires Techniques et Financiers** ainsi que toutes les **organisations enquêtées** pour les informations précieuses fournies, sans lesquelles cette étude n'aurait pas été possible et pour leur rôle actif dans la validation de ce rapport.

## RESUME EXECUTIF

Le mécanisme de financement mondial (GFF) intervient au Niger depuis juillet 2019 avec pour principal objectif la réduction du déficit de financement pour la santé maternelle et infantile observés dans la plupart des pays à forte charge de morbidité. Dans le cadre de sa mission le GFF a mobilisé une assistance technique externe afin de réaliser la cartographie des ressources disponibles pour le financement du Plan de Développement Sanitaire (PDS) couvrant la période 2017-2021.

Ce rapport rend compte de la mise en œuvre et des résultats du premier exercice de cartographie des ressources conduit au Niger. Cet exercice poursuivait les trois objectifs suivants :

1. Evaluer l'alignement des ressources domestiques et externes avec les priorités nationales ;
2. Estimer le déficit de financement (mis en perspective des engagements financiers avec le coût estimé des priorités nationales) ;
3. Évaluer le niveau d'équité en termes de financement infranational de la santé.

Face à la crise sanitaire survenue en cours d'exercice, la cartographie des ressources a été étendue au plan de préparation et de réponse au nouveau coronavirus élaboré pour l'année 2020.

Sur le plan opérationnel, la conduite de cette cartographie des ressources a été facilitée par l'utilisation d'un outil électronique pour la collecte des données et l'existence d'un budget santé en cohérence avec les trois programmes du PDS. D'un autre côté, elle a également souffert d'un certain nombre de limites et d'incertitudes (ex : disponibilité limitée des acteurs et des données au niveau régional, désagrégation peu poussée des informations transmises) diminuant le degré d'exactitude des analyses réalisées.

Cela étant, les résultats obtenus sur les engagements financiers du Ministère de la Santé et de ses principaux partenaires restent riches d'enseignement. L'exercice de cartographie des ressources a ainsi pu montrer :

- L'importance des ressources externes dans le financement du PDS et du plan de réponse au nouveau coronavirus (67% des ressources engagées pour le financement du PDS en 2020 proviennent de financements extérieurs et 91% pour le plan de réponse à la covid-19) ;
- La part relativement importante des ressources transitant par le budget de l'Etat (64%) ;
- Le déficit de financement significatif (83 milliards XOF) dont souffre le programme 3 du PDS relatif aux prestations de soins et services de santé. Et cela, malgré le fait qu'il accapare à lui seul plus de 45% des financements totaux alloués au PDS (provenant quasi exclusivement des partenaires externes) ;
- La part prépondérante des sous-programmes en santé de la reproduction, nutrition et gestion des épidémies parmi les 8 sous-programmes identifiés dans le PDS. A noter que plus de 50% des fonds alloués au sous-programme sécurité sanitaire et la gestion des épidémies sont liés à la lutte contre la covid-19,
- Un manque certain d'efficacité dans l'allocation des ressources avec des sous-programmes surfinancés (développement des compétences ; amélioration de la disponibilité des produits en santé, nutrition) et des programmes largement sous financés (promotion des mécanismes de protection contre le risque financier, lutte contre les maladies transmissibles) ;
- Une certaine iniquité dans l'allocation des ressources au niveau régional qui ne correspond pas toujours aux besoins (ex : faible niveau d'allocation des ressources par habitant dans la région de Maradi qui présente pourtant l'un des taux de mortalité infanto-juvénile le plus important du pays) ;
- L'importance du déficit de financement du plan de réponse au nouveau coronavirus (environ 143,2 milliards XOF).

Enfin, concernant les recommandations formulées suite à l'exercice de cartographie, elles touchent les points suivants :

1. Renforcer le plaidoyer auprès des acteurs concernés (MF, MSP, PTF) sur l'importance de la CR pour faciliter sa répliquabilité sur une base annuelle ;
2. Veiller à renforcer la gestion programmatique pour le nouveau PDS (ex : revoir et préciser la nomenclature des activités et des résultats) afin de faciliter l'insertion des interventions des bailleurs dans ce plan ;
3. Veiller à l'intégration des besoins d'informations de la CR dans les outils de budgétisation de l'Etat ;
4. Positionner un outil de collecte au niveau des partenaires pour un remplissage régulier chaque année au début du cycle budgétaire conformément aux exigences de la réforme budget-programme (DPPD) ;
5. Mettre en place un environnement favorisant une plus grande prévisibilité des engagements financiers des partenaires.

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 ENJEUX ET JUSTIFICATION

### Qu'est-ce que le GFF ?

Le Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child (GFF) ou Mécanisme de Financement Mondial est un partenariat multipartite<sup>1</sup> qui vise à combler les déficits de financement pour la santé maternelle et infantile observés dans la plupart des pays à forte charge de morbidité. Accordant un rôle central aux gouvernements<sup>2</sup> à travers la mobilisation de financements domestiques, le GFF a également pour objectif de garantir l'utilisation optimale des ressources financières existantes en favorisant leur alignement sur les actions prioritaires identifiées dans le domaine de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition (SRMNIA/Nut).

Ces priorités sont le plus souvent issues des Plan Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) et sont reprises dans le cadre du processus GFF dans un document appelé Dossier d'Investissement (DI). L'élaboration de ce DI est supposée marquer la première étape pour les pays vers une meilleure gestion de leurs ressources pour la santé.

Mais ce travail de priorisation doit s'accompagner de mesures complémentaires, notamment la mise en place d'une stratégie de financement durables à long terme pour soutenir les programmes et les actions décrits dans le DI. Ainsi, afin d'informer le processus de planification et de budgétisation du gouvernement et de ses partenaires en matière de SRMNIA, la seconde étape du processus GFF est d'entreprendre une Cartographie des Ressources (CR) disponibles pour le financement du DI.

### L'exercice de Cartographie des Ressources

Pour un pays donné, la CR vise à saisir au mieux l'ensemble des engagements financiers pris par le gouvernement et ses partenaires concernant les programmes et les actions prioritaires retenus dans son DI.

Ce faisant, cet exercice poursuit plusieurs objectifs :

- Evaluer l'alignement des ressources domestiques et externes avec les priorités nationales ;
- Estimer le déficit de financement (mis en perspective des engagements financiers avec le coût estimé des priorités nationales) ;
- Évaluer le niveau d'équité en termes de financement infranational de la santé.

## 1.2 ELEMENTS DE CONTEXTE PROPRE AU NIGER

La République du Niger a intégré le GFF en Juillet 2019. Le gouvernement nigérien a accueilli ce partenariat comme une opportunité pour améliorer la rentabilité et l'équité des dépenses de santé (publiques comme externes) en les alignant sur des priorités nationales centrées sur la SRMNIA et la Nutrition.

### Situation de la santé de la reproduction au Niger

La santé maternelle et infantile est une priorité de santé publique au Niger depuis de nombreuses années avec un niveau de mortalité parmi les plus élevées de la région ouest africaine. L'accès à des

---

<sup>1</sup> Lancé lors de la conférence sur le financement du développement à Addis-Abeba en juillet 2015, le GFF est un partenariat qui inclue des organisations de la société civile, le secteur privé, des agences de l'ONU, GAVI, le Fonds Mondial ainsi que les gouvernements des pays bénéficiaires.

<sup>2</sup> Plus de 65 pays à revenus faibles ou intermédiaires ont signé un accord de partenariat avec le GFF.

soins obstétricaux de qualité est encore trop limité en particulier pour les femmes les plus pauvres et la couverture des besoins en Planification Familiale (PF) reste faible.

Le taux de mortalité infanto-juvénile estimé par l'EDSN-MICS IV pour la période 2006-2012 est de 127 pour 1.000 naissances et le rapport de mortalité maternelle est de 535 décès pour 100.000 naissances vivantes. Sur cette même période, seulement 29,3% des naissances se sont déroulées dans un établissement de santé moderne avec l'appui d'un personnel de santé qualifié. Ce chiffre est en grande partie révélateur d'un problème d'accès aux soins. Selon la même enquête, la barrière financière a été citée par 60% des femmes comme principal goulot d'étranglement limitant l'accès aux soins. Cette proportion atteint 62% chez les femmes du milieu rural. En matière de PF, seulement 11% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive moderne. Là encore, d'importantes disparités subsistent en fonction de milieu et du niveau d'éducation.

La Malnutrition chronique évolue en dents de scie à un niveau très élevé à plus de 45% avec une prévalence de 50% en 2006 contre 45.7% en 2012.

Malgré des progrès notables réalisés au cours des dernières années, la santé de la reproduction reste un domaine d'intervention clé dans lequel d'importants investissements doivent encore être réalisés.

### **Le Plan de Développement Sanitaire 2017-2021**

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) duquel ce DI doit découler couvre la période 2017 – 2021. Ce document prévoit six axes stratégiques relatifs aux différents piliers du système de santé et inscrit son action dans le cadre de trois programmes et 28 sous programmes<sup>3</sup>. Chaque programme devant donner lieu à un plan d'action prioritaire. Ces trois programmes concernent :

1. L'amélioration de la gouvernance et du leadership ;
2. L'accès aux soins et services de santé ;
3. La prestation de soins et services de santé.

Une évaluation des coûts de la mise en œuvre de ces programmes et un exercice de cadrage budgétaire ont été réalisés lors de l'élaboration du document. Le coût estimatif du PDS s'élève à 1 469 225 692 243 FCFA. Le coût par habitant est estimé à 16 640 FCFA en 2017 et s'établira à 17 647 FCFA en 2021 avec une part importante consacrée au programme « prestation de soins et services de santé ». Sur la base des derniers Comptes de la Santé<sup>4</sup> (CS) montre qu'environ 40% du budget prévisionnel est pris en charge par l'état et 56% par les ménages<sup>5</sup>. Une estimation des financements disponibles a également été réalisée et a fait ressortir un gap de financement d'environ 359 milliards de FCFA (soit 24% du coût global du PDS).

### **La Cartographie des Ressources au Niger**

Au regard du temps nécessaire pour le développement du DI et s'agissant du tout premier exercice de CR conduit au Niger, le choix a été fait d'élargir la portée de l'exercice à l'ensemble du PDS ; la cartographie du DI devant découler de celle du PDS selon une approche emboîtée. Les deux exercices (CR et élaboration du DI) devaient donc se conduire parallèlement.

A noter également que le Niger a été frappé par le virus de la Covid-19 dès le démarrage de la CR. Afin de faire face à cette crise sanitaire un « plan de préparation et de réponse au nouveau coronavirus » a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique (MSP) avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dès mars 2020. Prenant en considération l'impact de la Covid-19 sur les engagements financiers des partenaires et du gouvernement nigérien, la décision a été prise en cours d'exercice d'inclure de manière spécifique dans la CR les interventions liées à cette pandémie.

---

<sup>3</sup> Le Ministère de la Santé Publique au Niger fonctionne en mode budget programme depuis 2018. Le contenu de chaque programme et sous-programme en termes d'actions prioritaires est précisé en annexe 1.

<sup>4</sup> Comptes de la Santé (CS 2018).

<sup>5</sup> La contribution des ménages aux financements du PDS est exclusivement centrée sur le programme « accès aux soins



Dans le cadre du plan de préparation et de réponse à la Covid-19 ces interventions ont été articulées autour de six volets :

1. Coordination ;
2. Surveillance épidémiologique ;
3. Prévention et contrôle de l'Infection ;
4. Communication de risque et engagement communautaire ;
5. Capacité des services de santé ;
6. Site d'isolement.

La CR au Niger a été confiée à un consultant international qui a bénéficié, tout au long de l'exercice de l'appui technique de l'officier de liaison GFF en poste au MSP et d'un consultant national. Ces trois personnes ont constitué « l'équipe chargée de la CR ». Enfin, sur le plan de la gouvernance, l'ancrage du GFF au niveau du Secrétariat Général (SG) du MSP vise à renforcer le leadership du Gouvernement et l'appropriation de l'approche par les acteurs nationaux. Concernant la CR, cet ancrage devrait garantir une utilisation effective des résultats obtenus dans le cadre des travaux en cours sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

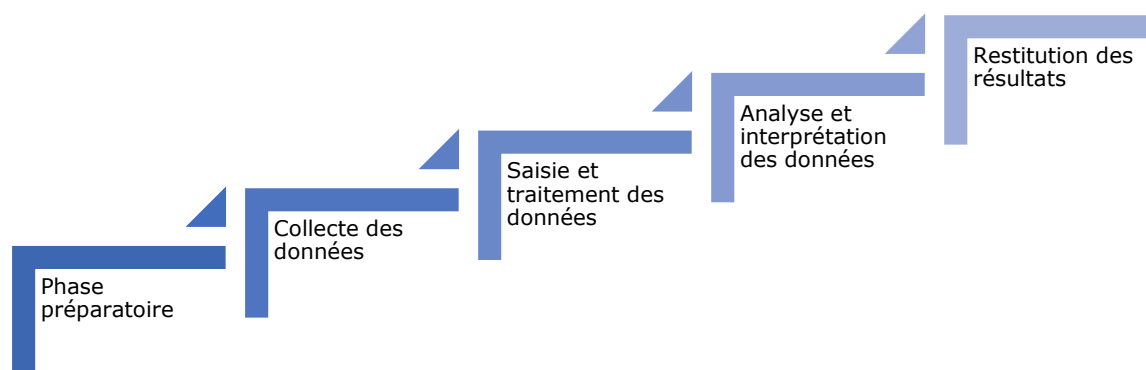
Enfin, la CR au Niger, en plus de poursuivre les objectifs généraux mentionnés plus haut (cf. §1.1), visait également à atteindre les résultats suivant :

- **Guider l'élaboration du prochain PDS.** La portée relativement courte de la CR au Niger (2020-2021) limite la formulation de recommandations sur cette période mais doit fournir des informations clés (programmes et sous programmes du PDS surfinancés, régions sous financés) qui devraient orienter les choix et le processus de priorisations lors de l'élaboration du prochain PDS.
- **Sensibiliser les cadres du MSP et les PTF sur l'exercice de CR.** S'agissant du premier exercice de CR conduit au Niger, celui-ci s'est inscrit dans une logique d'apprentissage. L'idée était de pouvoir informer le MSP et les PTF sur les objectifs de la cartographie et sa raison d'être, mais également d'identifier les facteurs de succès et les goulots d'étranglements pouvant impacter l'atteinte de ces objectifs. Ce travail « d'apprentissage par la pratique » (learning by doing) doit permettre de fluidifier et faciliter l'organisation de la CR sur une base annuelle au Niger.

## 2 METHODOLOGIE

La CR au Niger a été conduite de janvier à novembre 2020 suivant les cinq étapes indiquées ci-dessous (voir figure 1). Le plan de travail détaillé de l'exercice de CR est fourni en annexe 2.

Figure 1 : Les cinq étapes clés de la cartographie des ressources



### 2.1 PHASE PREPARATOIRE

La phase préparatoire comprenait (i) le processus de recrutement du consultant international, (ii) le paramétrage par ce dernier de l'outil de collecte développé par le GFF<sup>6</sup> et, (iii) la cartographie des partenaires intervenant dans le secteur de la santé au Niger.

Cette phase s'est achevée par l'organisation d'une première mission terrain par le consultant pour formaliser la prise de contact avec les autorités sanitaires et sensibiliser les partenaires sur la nature et les objectifs de la CR. A cet effet, la tenue effective et régulière du comité technique GFF sous la coordination du SG a été un facteur facilitant.

### 2.2 PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

La CR comprend les engagements financiers liés aux finances publiques nationales et aux bailleurs internationaux dans le secteur de la santé. Il s'agit donc d'un exercice par nature prospectif centré sur des données exclusivement quantitatives.

Portant sur les deux dernières années du PDS (2020-2021), la CR s'est reposée essentiellement sur la collecte de données secondaires auprès de trois sources d'information : le Ministère des Finances<sup>7</sup>, le MSP<sup>8</sup> et les PTF retenus lors de la phase préparatoire. Le tableau 1 ci-dessous présente un résumé du nombre attendu et effectif de partenaire interviewés par type d'organisme.

Sur la base des CS 2018, les 24 partenaires ciblés dans le cadre de la CR représentait plus de 80% des dépenses de santé effectuées par les organismes catégorisés « reste du monde ». Sur ces 24 partenaires, 22 ont été pris en compte dans la CR<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Forte d'une expérience acquise dans de nombreux pays de la sous-région (Côte d'Ivoire, Sénégal...), l'équipe du GFF a travaillé pour développer un outil standard facile d'utilisation. Elle a développé cet outil en considérant les réformes actuelles au sein de l'UEMOA en matière de finance publique et notamment le passage des pays à une gestion axée sur les résultats avec l'adoption des budgets-programmes. Le descriptif détaillé de l'outil est fourni en annexe 3.

<sup>7</sup> Lois de Finance et Projet Annuel de Performance (PAP) 2020 du MSP.

<sup>8</sup> Plans d'Action Annuels budgétisés de 2020.

<sup>9</sup> Lors de la rédaction du présent rapport les données de l'UNICEF étaient encore attendues et les engagements de l'UE relatifs au COVID-19 n'ont pas pu être pris en compte faute d'informations détaillées sur les programmes d'attribution.

Tableau 1 : Résumé des partenaires ciblés et interviewés

Catégories	Ciblés	Réponses	Réponses non utilisables	Réponses Manquantes	%
Bailleurs bilatéraux	5	5	-	-	100%
Bailleurs multilatéraux	9	7	1	1	77%
Fonds Commun	1	1	-	-	100%
ONG	9	9	-	-	100%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>91%</b>

Pour faciliter le recueil des données, un fichier standard informatique fonctionnant sous tableur Excel a été développé. Ce fichier, paramétré suivant les données démographiques du Niger et la structure du budget-programme santé, a été envoyé à chaque source d'information accompagné d'un guide d'utilisation. Une revue des documents clés de la cartographie a permis d'obtenir les informations sur le coût estimé des différents programmes.

## 2.3 METHODE DE SAISIE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

### Saisie et encodage des données

Le fichier de collecte a été envoyé à l'ensemble des PTF préalablement identifiés pour remplissage. Le recueil des données a donc été réalisé par les partenaires eux même avec l'appui à distance de l'équipe chargé de la CR. Les bailleurs et agences d'exécution (ONG) ont ainsi pu relier leurs activités aux programmes, sous-programmes et actions prioritaires du PDS en précisant pour chaque activité, le type d'appui (budgétaire ou extra-budgétaire) ainsi que le montant des engagements prévus pour les deux années couvertes. Concernant les engagements budgétaires de l'Etat, ce travail de saisie et d'encodage a été fait par l'officier de liaison GFF à partir des données issues du PAP 2020.

La décision d'étendre la CR au plan de préparation et de réponse au nouveau coronavirus a entraîné une adaptation du fichier de collecte afin de faciliter la saisie d'informations plus détaillées (niveau de désagrégation des données plus élevé que pour le PDS) concernant les activités relatives à la Covid-19. Outre, les six volets du plan de réponse présentés plus haut, ces adaptations devaient prendre en compte la nature des activités ainsi que leurs sources de financement (fonds alloués originellement à la Covid-19 ou reprogrammation à partir d'un autre programme du PDS).

### Consolidation des données

Les données comprises dans les fichiers de collecte ont été consolidées dans deux outils d'analyse :

1. Un fichier d'analyse du PDS standard développé par le GFF et paramétré par le consultant international. Ce fichier comprend deux sections relatives au « budget bailleurs de fonds » et au « budget public » qui sont traités de manière distincte.

#### Qu'entendons-nous par « budget de l'Etat » ?

Pour collecter les informations relatives aux ressources domestiques disponibles pour la santé, les responsables de la CR se sont basés essentiellement sur le PAP 2020. Cette dernière comprenait les engagements propres de l'Etat (fonds issus du trésor public) mais également les engagements de certains partenaires enregistrés sous forme d'emprunts ou de dons. Dans le cadre de cette CR, le choix a été fait d'exclure de la rubrique « budget public » tout financement externe pour garder uniquement les activités et interventions financées par les ressources propres du pays. Les sources de financement externes, quel que soit leur modalité de financement, ont été incluses dans la rubrique « budget bailleur ». Ce choix se justifie par :

- Limiter le risque de double comptage des engagements des partenaires ;
- Assurer la visibilité des partenaires de l'Etat intervenant à travers le budget public.

2. Un fichier d'analyse du Covid-19, élaboré spécifiquement par le consultant international pour traiter séparément les informations liées à cette pandémie.

Les informations financières partagées par les partenaires et les autorités nationales (MF, MSP) ayant été renseignées dans plusieurs devises<sup>10</sup>, elles ont été converties en monnaie locale puis en dollar US suivant le taux de change prévalant au démarrage de la phase de traitement des données soit le 13 août 2020<sup>11</sup>.

## 2.4 ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

En ligne avec les objectifs de la CR, deux grands types d'analyse ont été menés.

Tout d'abord une analyse des engagements financiers ventilés par sources de financement, priorités sanitaires et par région. Ces analyses visaient à répondre aux questions politiques suivantes :

- Quelles sont les ressources disponibles pour le financement du PDS et du plan de réponse à la Covid-19 ? A partir de quelles sources ?
- Dans quelles mesures les ressources financières concordent-elles avec les priorités sanitaires du pays ?
- Avec quel niveau d'équité ces ressources financières sont-elles allouées par région sanitaire ?

Le deuxième type d'analyse consistait à situer et évaluer l'importance du déficit de financement du PDS par programme et sous-programme. Une analyse similaire par volet du plan de réponse à la Covid-19 a également été réalisée.

Pour faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats, un outil de visualisation reposant sur plusieurs tableaux dynamiques liés à la base de données consolidée a été développé.

## 2.5 RESTITUTION DES RESULTATS

La communication des résultats c'est fait à travers la préparation d'une présentation PowerPoint (annexe 4) et l'organisation de deux ateliers de restitution. Un premier atelier tenu le 13 octobre 2020 à destination du secrétariat GFF et de l'OMS Genève et un deuxième atelier organisé le 5 novembre 2020 à l'attention du MSP et de ses PTF. Enfin le présent rapport rentre pleinement dans le cadre de la diffusion des résultats de la CR.

---

<sup>10</sup> Essentiellement en XOF, EURO ou USD

<sup>11</sup> Taux de change : 1 USD = 554 XOF

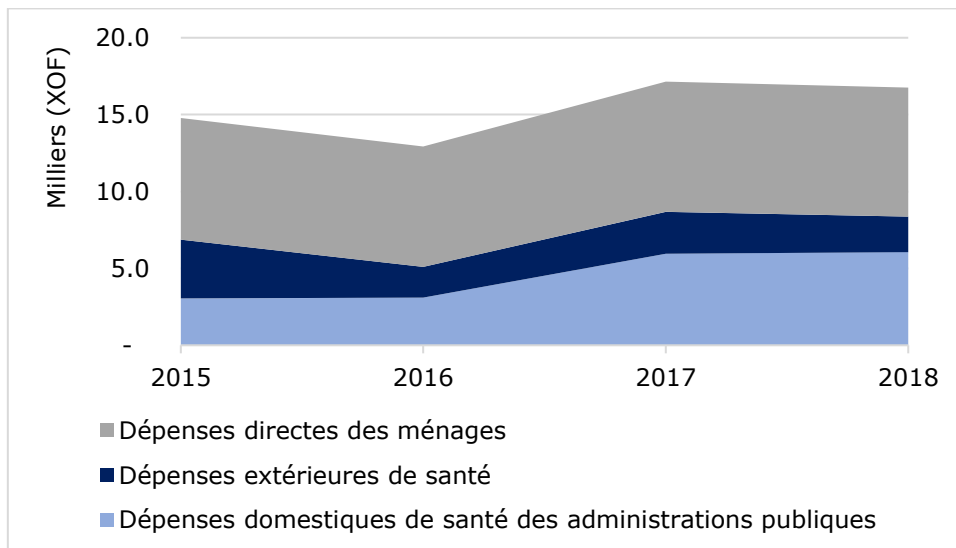
### 3 RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

#### 3.1 ANALYSE DU FINANCEMENT DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

##### Analyse des sources de financement du PDS

L'analyse des Comptes de la Santé de 2018 montre clairement les trois principales sources de financement du PDS que sont les paiements directs des ménages, le budget de l'Etat (appui budgétaire inclus) et les financements du « reste du monde ». Elles contribuent respectivement à 48, 34 et 13% des ressources totales dépensées pour la santé en 2018. Le graphique 1 ci-dessous montre l'évolution de ces trois sources de financement entre 2015 et 2018.

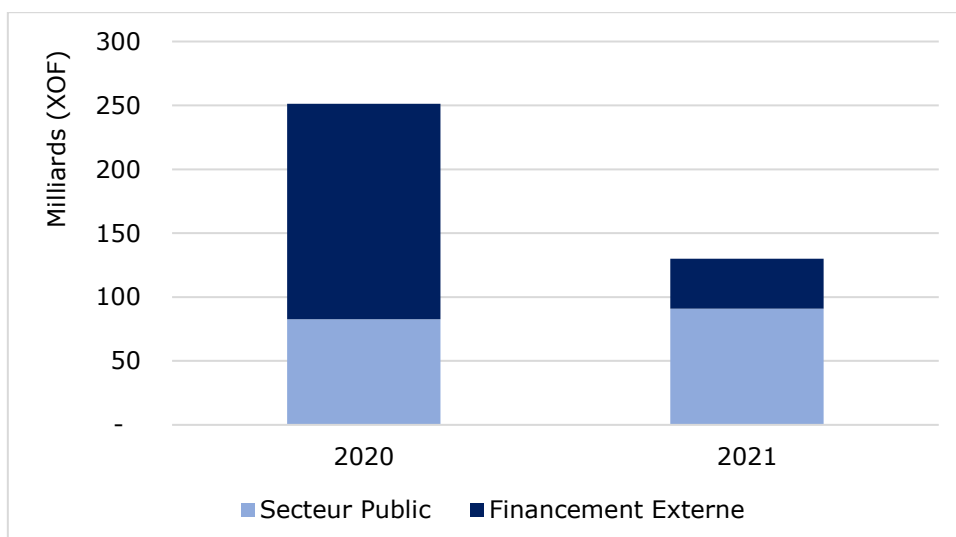
Figure 2 : Evolution des dépenses de santé par habitant au Niger



Source : Comptes de la Santé du Niger

Selon le PAP, le budget attribué au MSP pour l'année 2020 était de 147,6 milliards de FCFA (soit 6.372 FCFA par habitant) dont 82,7 milliards financés par les ressources propres du Niger. Selon les données collectées auprès des PTF, la part du financement externe sous forme d'appui budgétaire et extra-budgétaire était de 168,5 milliards de FCFA. Au total, l'ensemble des ressources disponibles pour le financement du PDS en 2020 s'élevait à 251,2 milliards de FCFA.

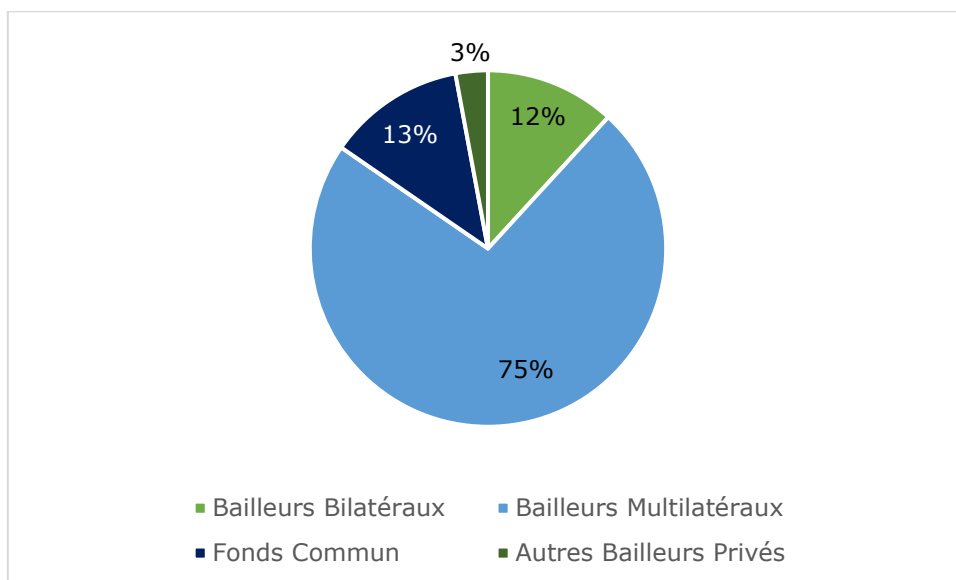
Figure 3 : Répartition des ressources par source de financement du PDS



Comme nous l'avons indiqué plus haut, la diminution notable des financements prévus pour l'année 2021 s'explique en très grande partie par le manque de visibilité des PTF sur leurs engagements.

Une analyse détaillée des ressources externes révèle que les deux-tiers proviennent des bailleurs multilatéraux avec en tête la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et l'Alliance Mondiale des Vaccins (GAVI). Viennent ensuite le Fonds Commun à travers lequel plusieurs partenaires (multilatéraux et bilatéraux) interviennent et les bailleurs bilatéraux (KfW, AFD, ENABEL, KfW, USAID...). Enfin, les fondations et autres organismes privés représentent seulement 3% des ressources externes engagées pour la santé au Niger en 2020.

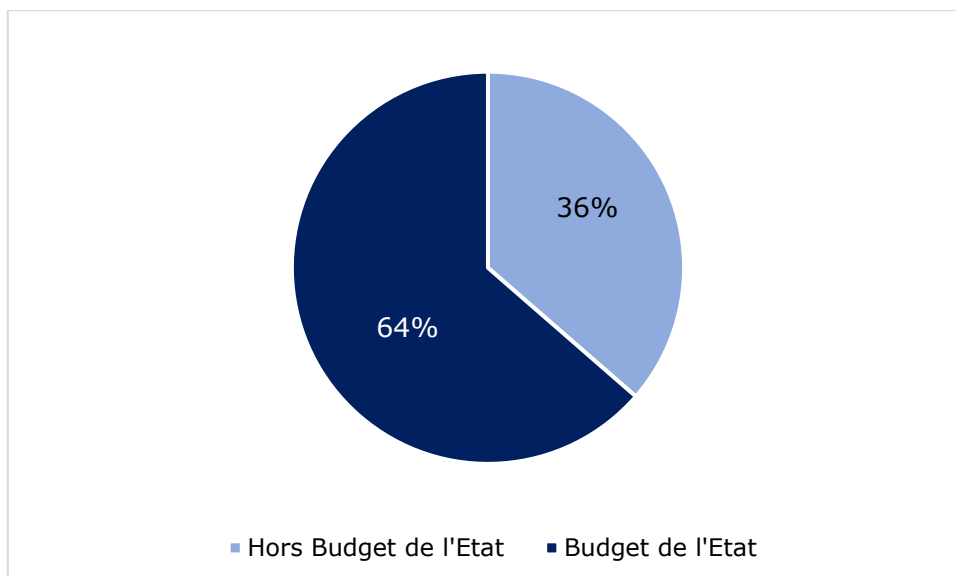
Figure 4 : Répartition des financements extérieurs par type de bailleur en 2020



#### Analyse des modalités de financement du PDS

Suivant les données provenant de la CR, 64% des ressources disponibles totales sont supposées être mobilisées à travers le budget de l'Etat. Les ressources des principaux partenaires bilatéraux (AFD, ENABEL, KfW) sont généralement inscrites dans la loi de finance et intégrées au budget de l'Etat, alors que les fonds de la plupart des bailleurs multilatéraux et des bailleurs privés (ex. fondations) sont extra-budgétaires.

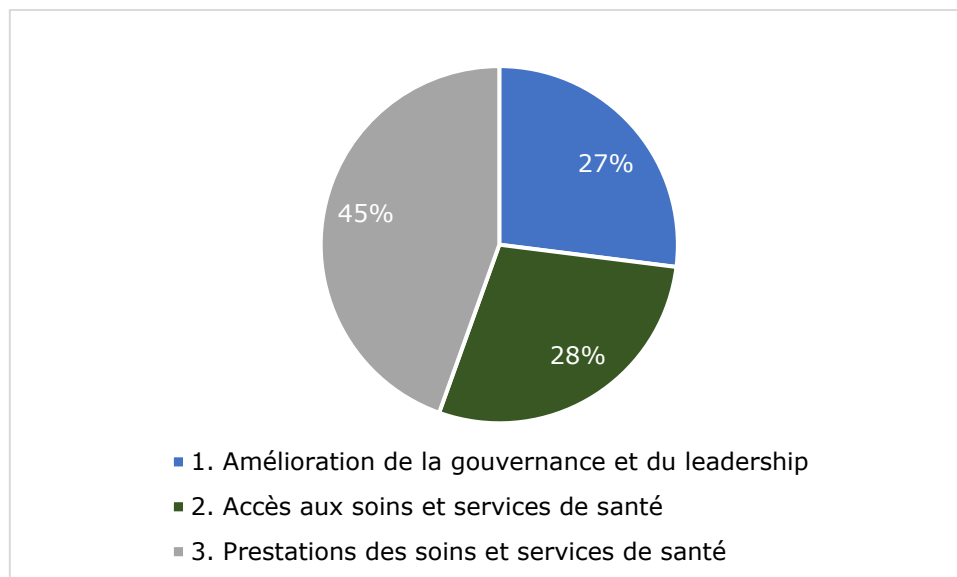
Figure 5 : Répartition des financements dans le budget de l'Etat en 2020



### Analyse des financements par domaine prioritaire

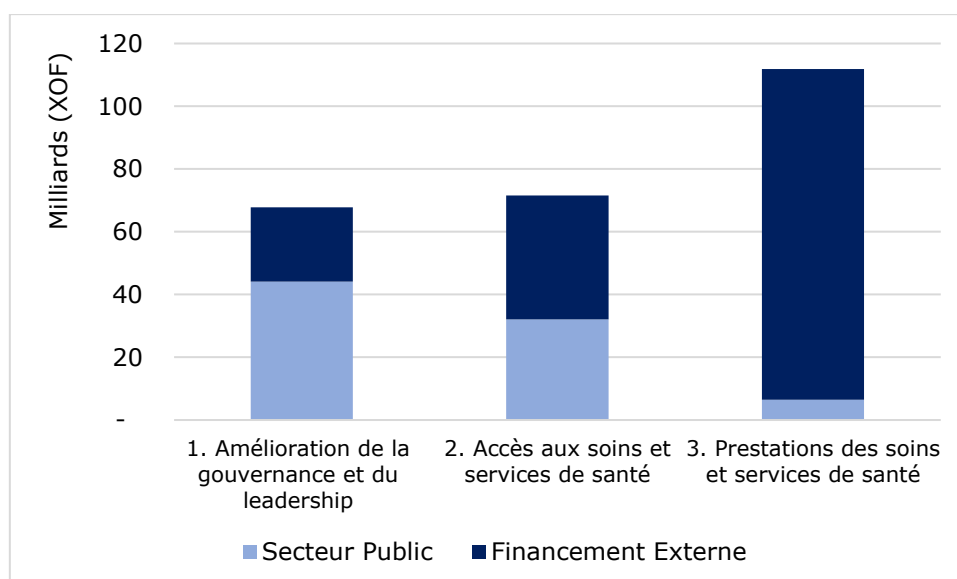
Sur les trois programmes prioritaires identifiés dans le PDS, le programme 3 relatif aux prestations de service de santé est supposé prendre la part la plus importante des ressources allouées à la santé (45%). Il est suivi du second programme « accès aux soins » et du programme « gouvernance et leadership » qui représentent respectivement 28 et 27% des engagements budgétaires totaux.

Figure 6 : Répartition des financements par domaine prioritaire du PDS en 2020



Il ressort des données de la CR (cf. figure 6) qu'un nombre limité de bailleurs financent le programme « leadership et gouvernance » en dehors du Fonds Commun. Ce constat semble logique dans la mesure où les activités comprises dans ce programme relèvent en grande partie des fonctions de régulation du Ministère de la Santé (pilotage, dialogue sectoriel, suivi et contrôle, etc.). A l'inverse le programme le budget de l'Etat alloue très peu de ressources au programme 3 « prestations des soins et services de santé ». Ce programme est largement financé par les partenaires à travers leurs interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées, celles visant à améliorer la santé de la reproduction et leurs activités dans le domaine de la nutrition.

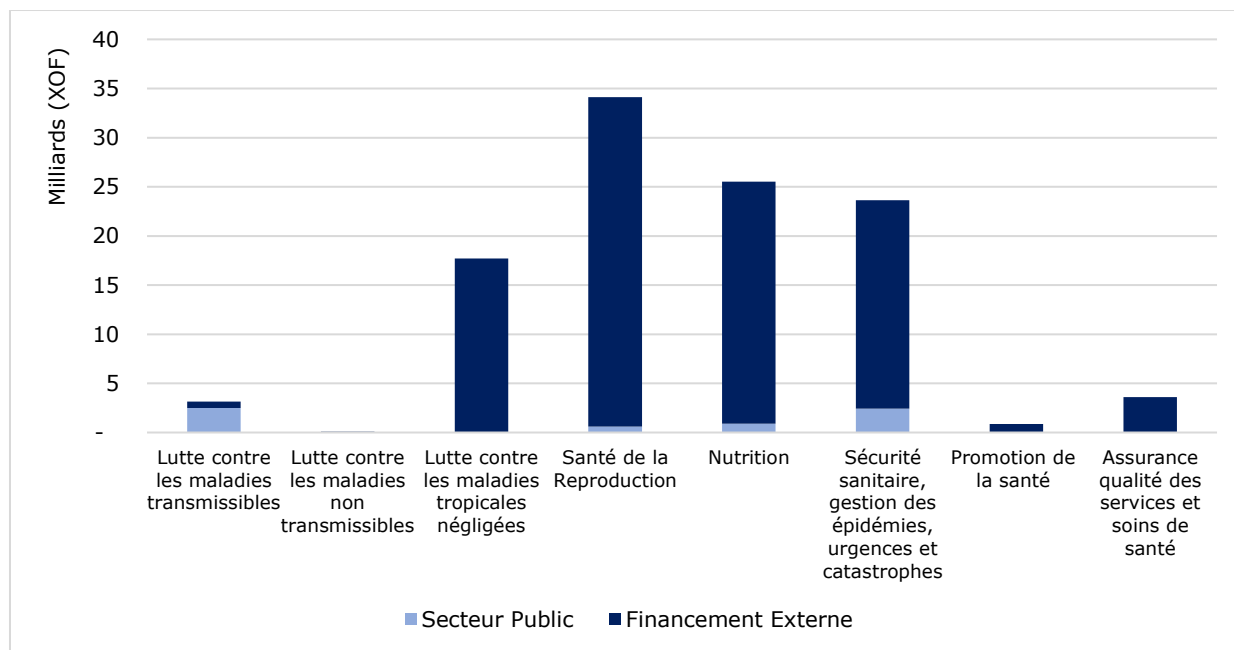
Figure 7 : Répartition des financements par programme et par source de financement en 2020



## Analyse des financements par programme de santé

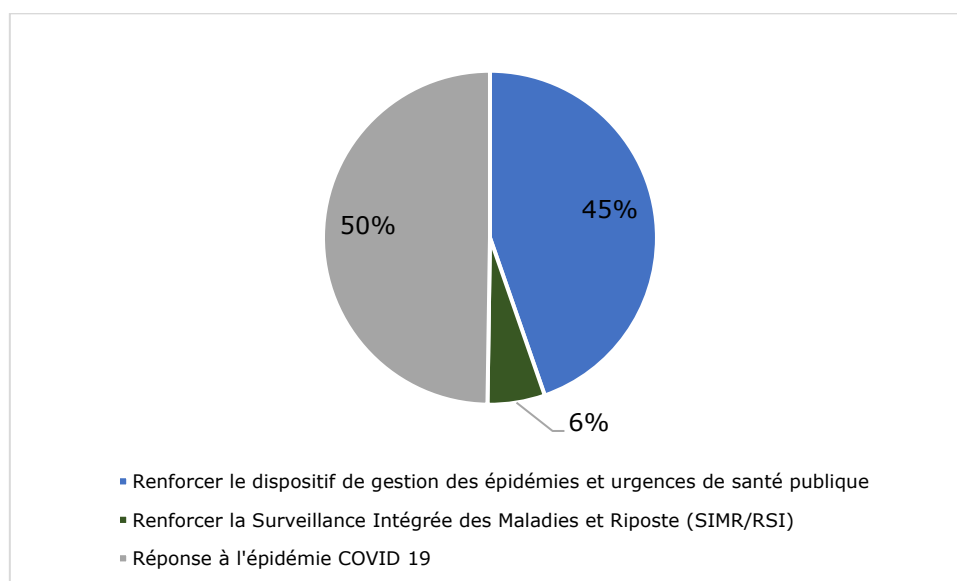
4 sous-programmes sur les 8 identifiés dans le programme 3 du PDS mobilisent la quasi-totalité des ressources engagées (93%) par les partenaires et l'Etat. La Santé de la Reproduction à elle seule monopolise plus de 30% des fonds, soit environ 34 milliards de FCFA. La grande partie de ces fonds est dédiée au renforcement des services de santé de la mère et du nouveau-né (88%) et aux activités de planification familiale (11%). A noter qu'aucun financement n'a été enregistré dans le cadre de la lutte contre les maladies non-transmissibles.

Figure 8 : Répartition des financements par sous-programmes du programme 3 du PDS en 2020



Enfin il faut souligner que le sous-programme « sécurité sanitaire, gestion des épidémies, urgence et catastrophe sanitaire » intègre une partie des fonds liés initialement à la lutte contre la Covid-19<sup>12</sup>. Ces fonds représentent la moitié des ressources mobilisées dans ce sous-programme, ce qui explique son importance relative (cf. figure 8).

Figure 9 : Répartition des financements liés à la sécurité sanitaire et la gestion des épidémies



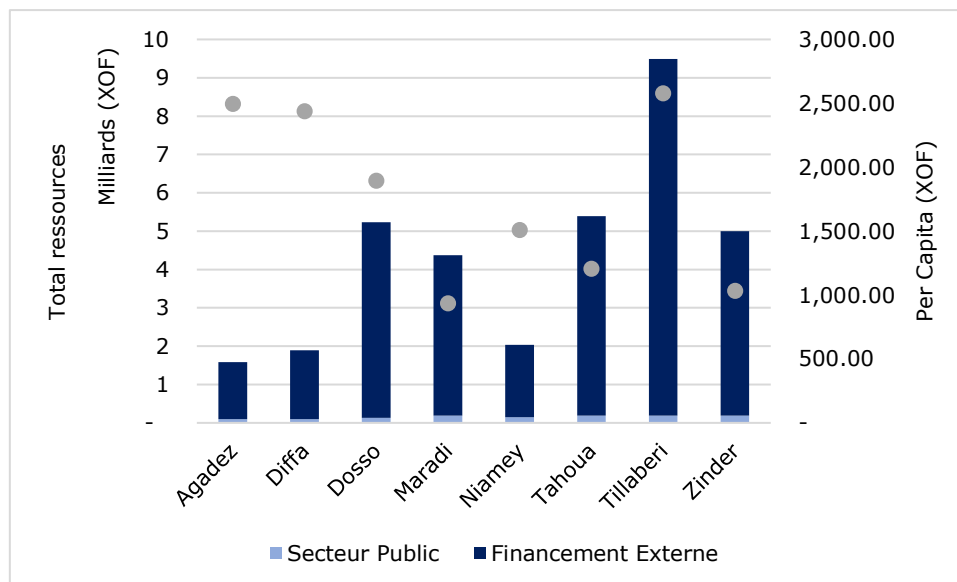
<sup>12</sup> Une analyse détaillée des interventions liées à la Covid-19 est fournie en section 2.



## Analyse des financements au niveau infranational

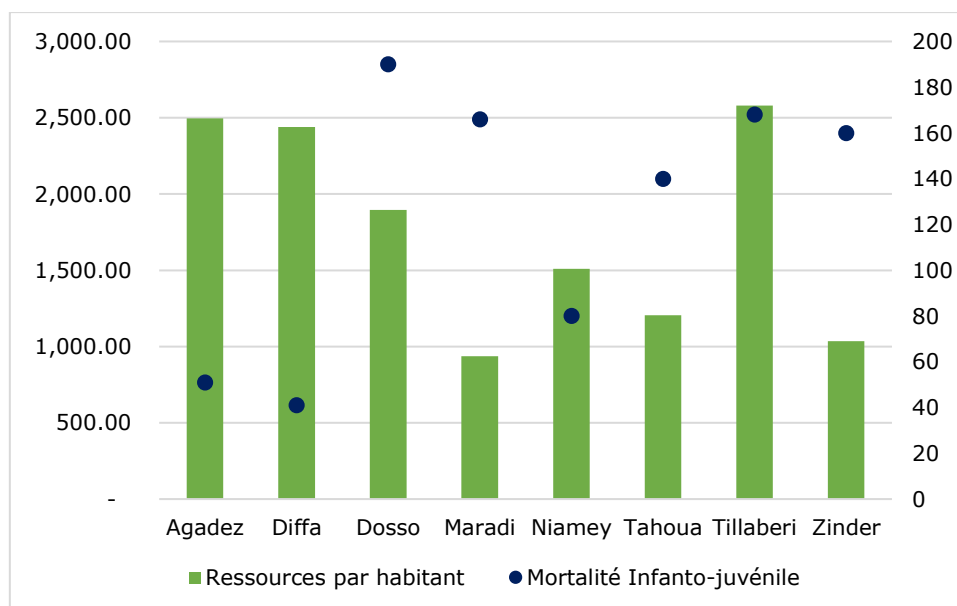
Sur les 251,2 milliards de FCFA enregistrés dans le cadre de la CR, 14% peuvent être ventilés au niveau infranational, le reste étant alloué au niveau national. Les régions de Tillabéry de Tahoua, de Dosso et de Zinder représentent la plus grande part des ressources allouées au niveau sous-national. Toutefois, l'allocation ajustée par habitant indique que les zones de Tillabéry, Agadez et Diffa reçoivent le plus de fonds par habitant tandis que les zones de Maradi, Tahoua et Zinder en reçoivent le moins.

Figure 10 : Répartition des financements au niveau infranational en 2020



D'importantes disparités semblent donc exister entre les régions. Quand la région de Maradi reçoit un peu moins de 1.000 FCFA par habitant, la région de Tillabéry (qui bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires bilatéraux) en reçoit plus de 2.500. En outre, la comparaison du financement par habitant et des résultats en matière de santé par région montre que le financement n'est pas toujours en adéquation avec les besoins (cf. figure 10).

Figure 11 : Comparaison du budget par région et par habitant en 2020 avec le niveau de mortalité infantile-juvénile



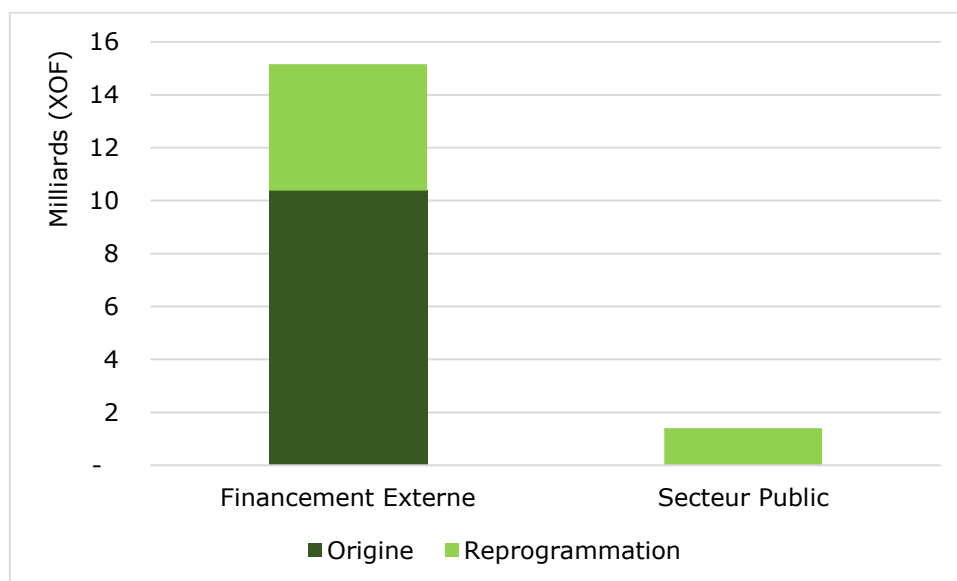
Sources : EDSN-MICS IV 2012

## 3.2 ANALYSE DU FINANCEMENT DU PLAN DE REPONSE A LA COVID-19

### Analyse des sources et des modalités de financement

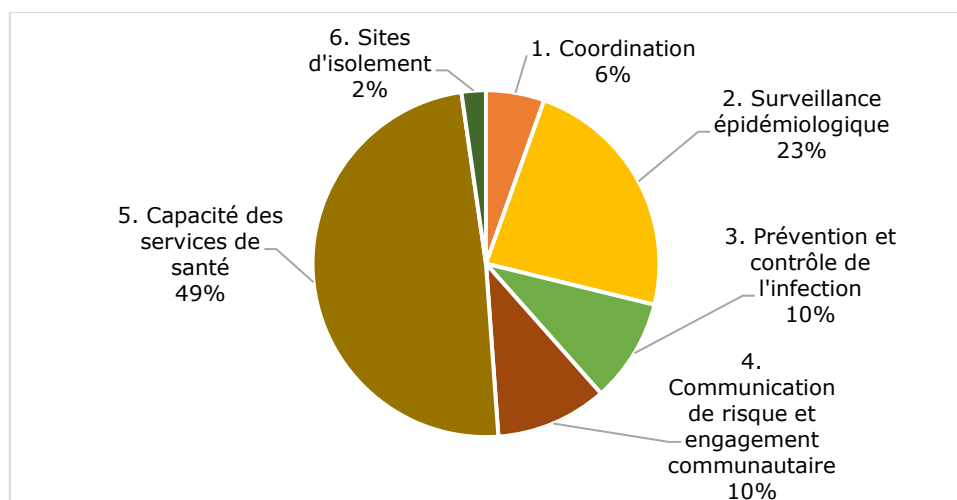
Le montant total des engagements captés par la CR et dédiés à la lutte contre la Covid-19 pour 2020 s'élève à 16,5 milliards de FCFA dont 15,1 enregistrés au niveau des PTF. Ce montant comprend les engagements prévus initialement pour la lutte contre cette épidémie (à hauteur de 10,4 milliards de FCFA) mais également les reprogrammations effectuées à partir du budget de l'Etat et d'autres programmes de santé (pour un montant d'environ 6,1 milliards de FCFA). Une très grande partie des fonds initialement alloués à la Covid-19 proviennent du projet de réponse d'urgence Covid-19 appuyé par la Banque Mondiale (pour un budget estimé à 7,9 milliards de FCFA).

Figure 12 : Répartition des financements Covid-19 par source et modalité de financement en 2020



Sur les 6 volets du plan de préparation et de réponse au nouveau coronavirus<sup>13</sup>, le pilier visant à renforcer la capacité des services de santé (fourniture de médicaments, du matériel de protection et de prise en charge des patients, recrutement d'agents de santé et de volontaires...) mobilise la moitié des financements alloués à la Covid-19. La surveillance épidémiologique vient en deuxième position (23%) suit des piliers liés à la prévention/contrôle de l'infection (10%) et à la communication (10%).

Figure 13 : Répartition des financements Covid-19 par volet du Plan de Réponse en 2020



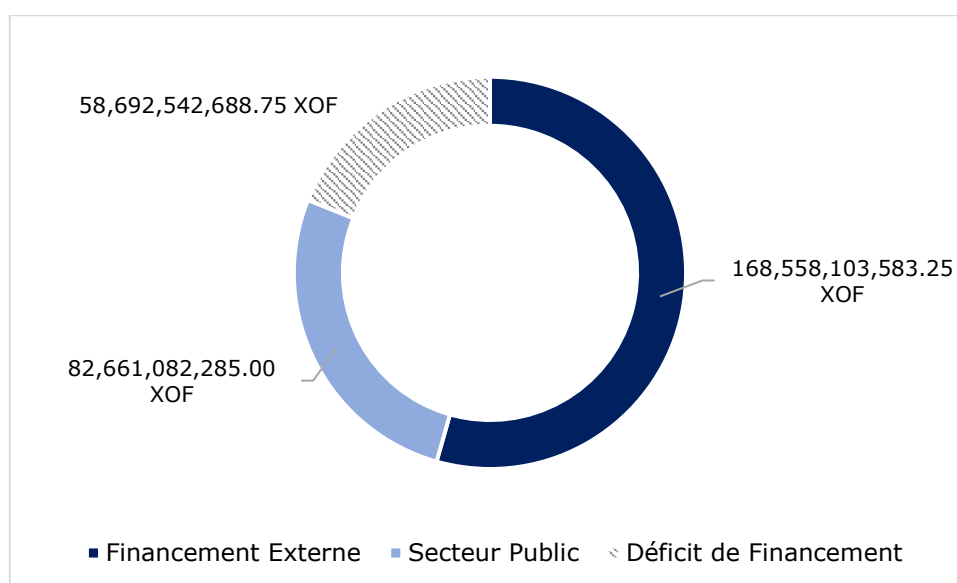
<sup>13</sup> Le volet coordination ne comprend que les financements extérieur. Aucune information financière (coût ou engagement de l'Etat) n'est fournie par le plan de réponse sur le volet 1.

### 3.3 ANALYSE DU DEFICIT DE FINANCEMENT DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

#### Analyse du déficit global du PDS

Le coût du PDS pour l'année 2020 a été estimé à 309,9 milliards de FCFA. Comme nous l'avons vu plus haut, le montant total des engagements enregistrés par la CR pour cette même année s'élève à 251,3 milliards de FCFA. Le déficit de financement du PDS pour 2020 atteindrait donc 58,6 milliards de FCFA (cf. figure 13). Pour l'année 2021 et sur la base des projections réalisées sur le budget de l'Etat, le déficit de financement s'élève à 140,6 milliards de FCFA.

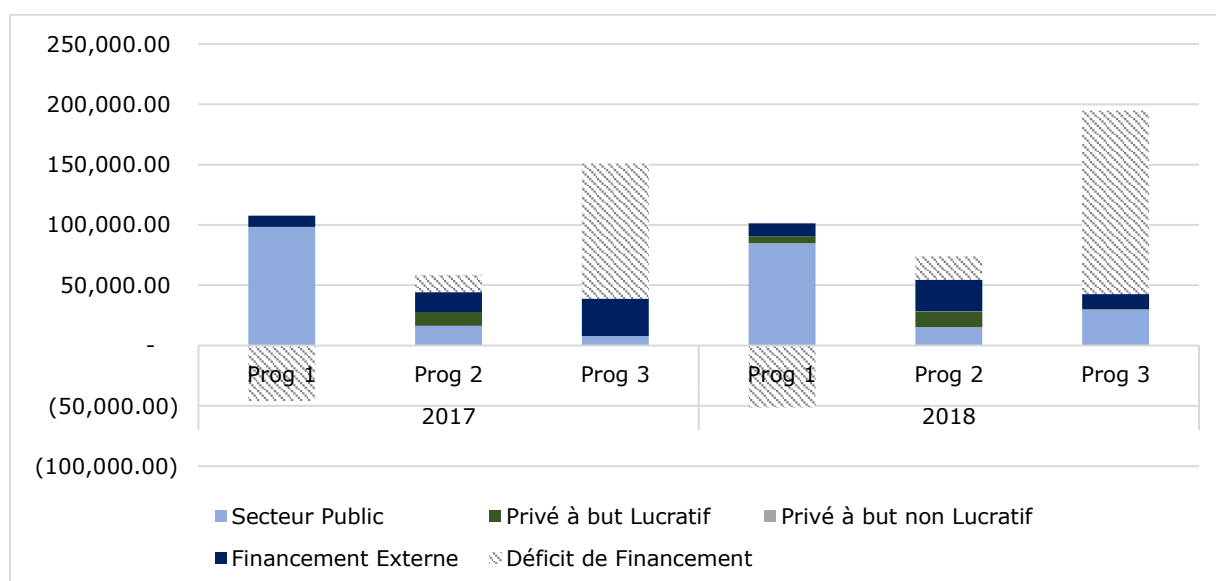
Figure 14 : Estimation du déficit de financement du PDS en 2020



#### Analyse du déficit de financement par domaine prioritaire du PDS

Une rapide analyse rétrospective des CNS pour les années 2017 et 2018 donne une image assez nette concernant la localisation des principaux déficits de financements et leur importance<sup>14</sup>. Ainsi, sur les trois programmes du PDS, seul le programme « leadership et gouvernance » n'accuserait pas de déficit de financement. «

Figure 15 : Estimation des besoins de financement du PDS 2017 & 2018 (en million XOF)

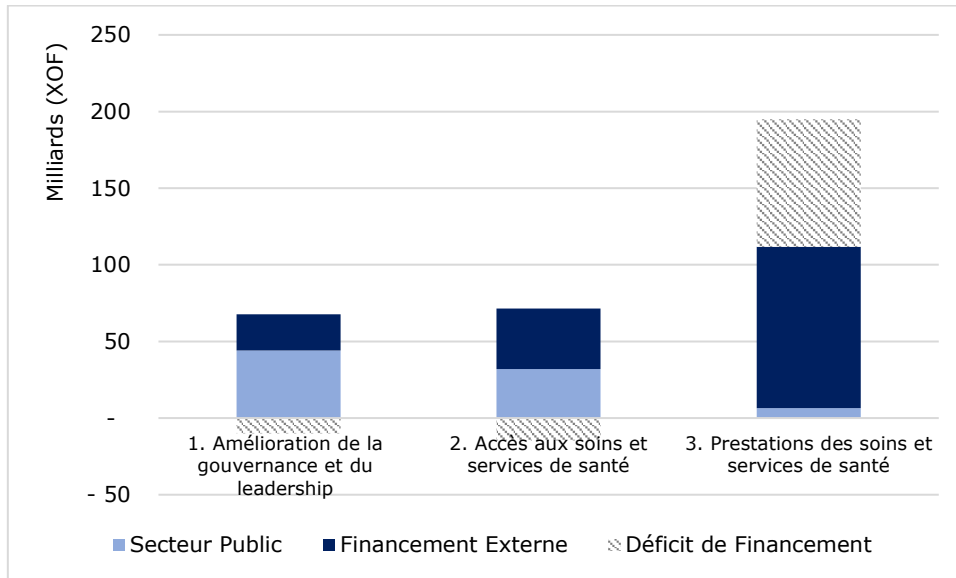


<sup>14</sup> Hors dépenses des ménages et du secteur privé qui ne sont pas pris en compte dans le cadre de la CR.

Le déficit le plus important se situerait au niveau du programme 3 « prestation de services et soins de santé » avec un gap passant de 112 à 152 milliards de FCFA entre 2017 et 2018.

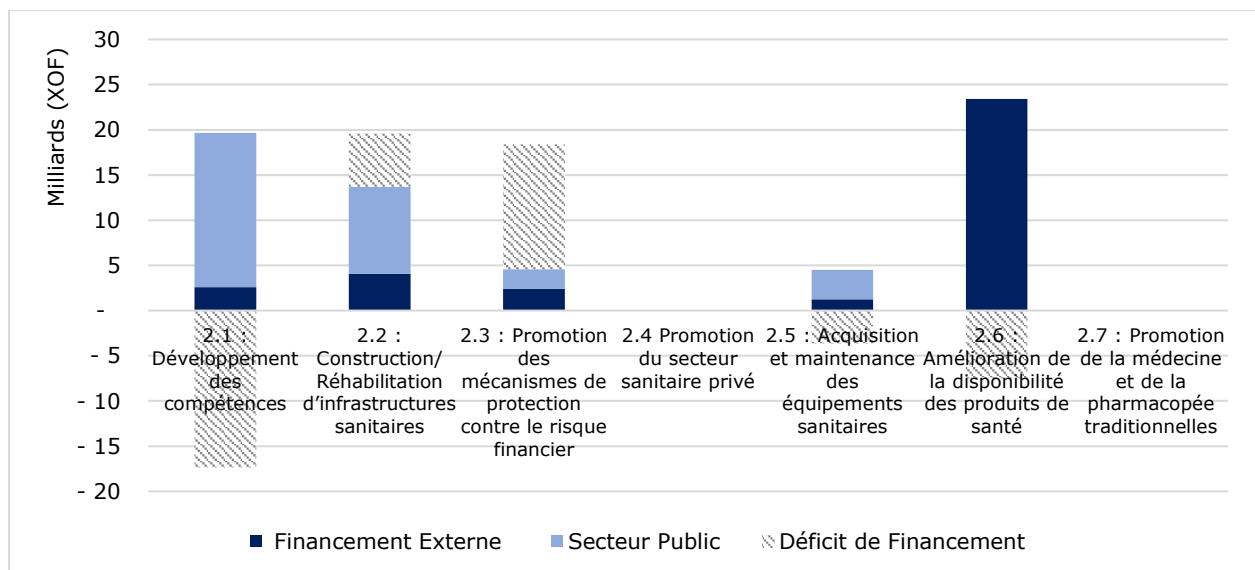
Les données issues de la CR pour l'année 2020 confirment l'importance du déficit de financement pour le programme 3 du PDS. Ce déficit est estimé à 83 milliards pour un coût total de 194 milliards de FCFA. Bien que de moindre ampleur, le programme 1 relatif au leadership et à la gouvernance montre également un excédent de financement.

Figure 16 : Estimation du déficit de financement par programme du PDS en 2020



Un élément qui dénote par rapport schéma identifié à travers les CNS, et l'excédent de financement enregistré pour le programme 2 (excédent estimé à 14 milliards de FCFA). Ce résultat, positif au premier abord, cache d'importantes disparités entre sous-programme. Ainsi, les sous-programmes 2.1 et 2.6 liés respectivement au renforcement des compétences et à la disponibilité des produits de santé connaissent des excédents de financement conséquents (17 et 7 milliards de FCFA). Dans le même temps, les sous-programmes 2.2 et 2.3 portant sur les infrastructures sanitaires et les mécanismes de protection contre le risque financier<sup>15</sup> laissent apparaître des déficits de financement importants (5 et 13 milliards de FCFA).

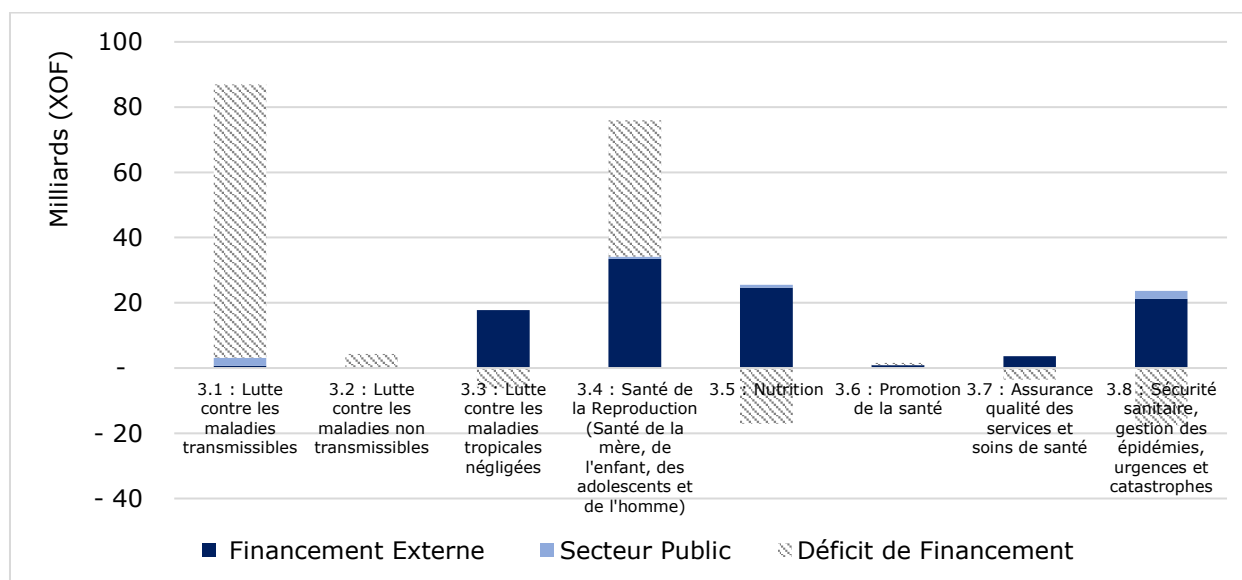
Figure 17 : Estimation des déficits de financement au sein du Programme 2 du PDS en 2020



<sup>15</sup> Sous-programmes les plus coûteux du programme 2 « accès aux soins et services de santé » du PDS.

Ces disparités se retrouvent également dans le programme « prestations de soins et services de santé » ou d'importantes inégalités semblent exister entre sous-programmes. Ainsi, le programme 3.1 et 3.4 touchant respectivement à la lutte contre les maladies transmissibles et la santé de la reproduction accusent des déficits majeurs de l'ordre de 84 et 42 milliards de FCFA. L'excédent de financement pour le programme 3.8 s'expliquent essentiellement par les engagements massifs liés à la lutte contre la Covid-19.

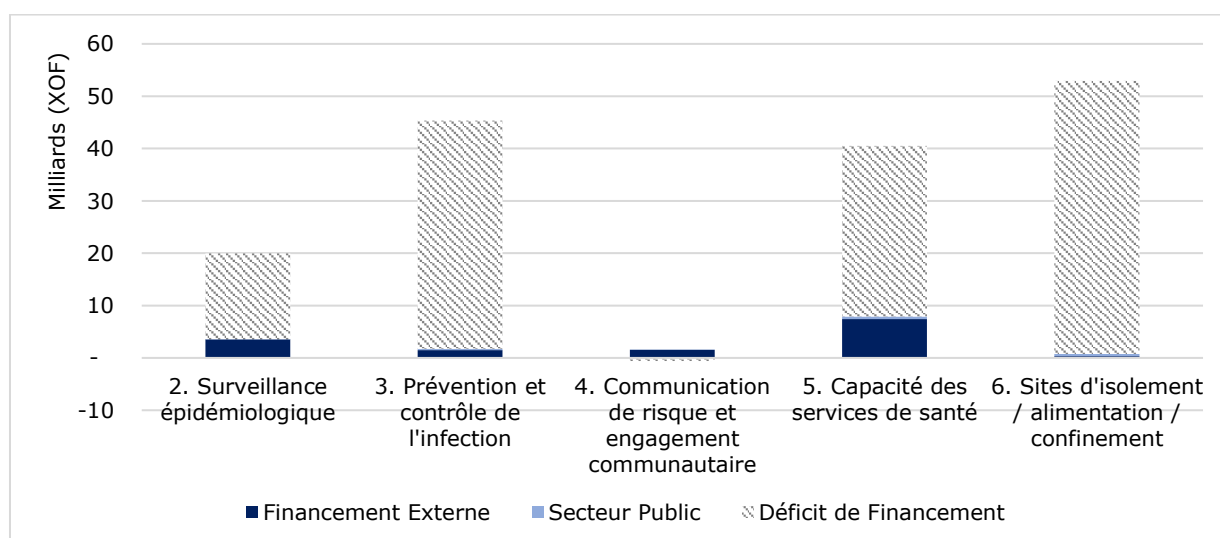
Figure 18 : Estimation des déficits de financement au sein du Programme 3 du PDS en 2020



### 3.4 ANALYSE DU DEFICIT DE FINANCEMENT DU PLAN DE REPONSE A LA COVID-19

Le coût total du Plan de préparation et de réponse au nouveau coronavirus est de 159,7 milliards de FCFA<sup>16</sup>. Pour rappel, le montant total des engagements financiers relatifs à la Covid-19 pour 2020 s'élève à 16,5 milliards de FCFA entraînant un déficit de financement d'environ 143,2 milliards de FCFA. Ce déficit repose sur trois volets, à savoir le volet concernant les sites d'isolement (déficit de 52 milliards de FCFA), le volet prévention et contrôle de l'infection (44 milliards de FCFA), et enfin le volet capacité des services de santé (33 milliards de FCFA).

Figure 19 : Estimation du déficit de financement par pilier du Plan de Réponse à la Covid-19 en 2020



<sup>16</sup> Selon la version du plan de préparation et de réponse disponible lors de l'étude.

## 4 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 4.1 CONCLUSION

Cet exercice de CR avait pour objet de capter l'ensemble des engagements financiers de l'Etat et de ses partenaires dans le secteur de la santé au Niger. Cette approche nouvelle a été rendue possible par l'utilisation d'un outil électronique, qui permet de collecter facilement les données financières auprès des acteurs et de relier ces informations aux priorités sanitaires du pays. Il a en outre bénéficié d'un budget santé en cohérence avec les trois programmes du PDS, acquis dans le cadre du passage en mode budget programme du Niger depuis 2018.

#### Limites de la CR

Il est important de souligner que la CR au Niger a souffert d'un certain nombre de limites et d'incertitudes, dont nous listons ci-dessous les principales composantes :

- Il n'a pas toujours été possible pour les PTF d'indiquer le montant de leurs engagements financiers au-delà de 2020. Les engagements financiers des PTF enregistrés pour le compte de l'année 2021 sont donc largement sous-estimés. Ce manque de prévisibilité constitue la principale limite de l'exercice de CR.
- Les contributions de l'UNICEF n'ont pas été prises en compte en l'absence d'informations envoyées par le bailleur sur la période couverte par la CR. Cela étant, le taux de réponse des PTF (> 90%) nous semble suffisamment élevé pour garantir la fiabilité de l'image transmise sur le financement du PDS au Niger pour 2020.
- Certaines données financières ont été fournies par les partenaires suivant une forme ne permettant pas de les classer par sous-programme et action prioritaire. Le coût estimé des sous-programmes (proxy de leur importance respective au sein du PDS) a été utilisé pour répartir les montants alloués à chaque sous-programme.
- Certaines interventions, du fait de leur nature, pouvaient être liées à plusieurs programmes ou sous-programmes (ex : la composante Fonds d'Achat du projet KfW a été initialement encodé dans le sous-programme 3.4 « santé de de la reproduction » puis dans le sous-programme 2.3 « promotion des mécanismes de protection contre le risque financier »). Il existe donc une part de subjectivité dans la classification des interventions.
- Plusieurs partenaires n'ont pas été en mesure de fournir des données par région. Lorsqu'un ciblage spécifique des régions d'intervention a été possible, une ventilation des données selon le poids démographique des régions a été effectué. Les résultats de la CR au niveau infranationales doivent donc être interprétés avec beaucoup de prudence.
- La CR s'est appuyée sur la version du plan de réponse à la Covid-19 disponible au démarrage de l'exercice (25 mars 2020) et sur les données partagées par les PTF entre juin et septembre 2020. Tenant compte de la nature soudaine de cette épidémie, il est fort possible que la structure du plan et les informations relatives au coût et aux engagements alloués aux différents volets aient évolué à la marge sur les derniers mois de l'exercice de CR.
- Enfin, en l'absence d'informations sur le budget de l'Etat pour 2021 une extrapolation à partir d'un taux de croissance annuel moyen calculé entre les années 2015 et 2020 a été réalisée.

Compte tenu de ces réserves, les valeurs des engagements financiers présentées dans ce rapport sont à considérer comme des ordres de grandeur (a fortiori pour les données présentées au niveau infranational).

#### Utilisation des résultats de la CR

La CR donne une vision probablement correcte du volume et de la répartition des engagements financiers des acteurs dans le secteur de la santé. Elle peut donc constituer un atout important dans le processus d'élaboration du DI mais surtout du nouveau PDS, dans la mesure où elle permet une ventilation par sous-programme et par zone géographique.

Sachant que l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) suppose une gestion plus efficiente des ressources disponibles, une plus grande connaissance des volumes financiers engagés dans le secteur de la santé et des programmes présentant des déficits de financement constitue un progrès notable qui devrait nourrir le dialogue sectoriel. A titre d'exemple, la lecture du graphique 17 permet de déduire de manière immédiate que le sous-programme « mécanisme de protection contre le risque financier » contribue de manière significative au déficit de financement du programme « accès aux soins ». Parallèlement, le sous-programme « renforcement des compétences » semble, de son côté, largement surfinancé.

En conclusion, la connaissance des engagements financiers des principaux acteurs intervenant dans le secteur de santé acquise dans le cadre de la CR, même si elle est imparfaite, peut et devrait être considérée comme un document d'orientation clé en vue de renforcer le processus de budgétisation et de planification du MSP et de ses partenaires.

## 4.2 RECOMMANDATIONS

Les analyses du déficit de financement réalisés à partir des données de la CR conduisent à formuler des recommandations logiques sur les possibilités de réallocation envisageables à moyen terme. Ici, les recommandations porteront plus spécifiquement sur l'institutionnalisation de la cartographie au sein du MSP qui mérite d'être renforcé.

Ces recommandations sont les suivantes :

6. Renforcer le plaidoyer auprès des acteurs concernés (MF, MSP, PTF) sur l'importance de la CR ;
7. Veiller à renforcer la gestion programmatique pour le nouveau PDS (ex : revoir et préciser la nomenclature des activités et des résultats) afin de faciliter l'insertion des interventions des bailleurs dans ce plan ;
8. Veiller à l'intégration des besoins d'informations de la CR dans les outils de budgétisation de l'Etat ;
9. Positionner un outil de collecte au niveau des partenaires pour un remplissage régulier chaque année au début du cycle budgétaire conformément aux exigences de la réforme budget-programme (DPPD) ;
10. Mettre en place un environnement favorisant une plus grande prévisibilité des engagements financiers des partenaires.

## **ANNEXES**

Annexe 1 : Listes des interventions prioritaires du PDS 2017-2021

Annexe 2 : Chronogramme de la Cartographie des Ressources

Annexe 3 : Description de l'outil de collecte informatisé

Annexe 4 : Présentation PowerPoint des résultats de Cartographie



## ANNEXE 1 : LISTES DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES DU PDS 2017-2021

### 1. AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP

#### 1.1 : Pilotage, dialogue et coordination des actions et des partenaires du MSP

- 1.1.1 : Promouvoir un dialogue politique multisectoriel en faveur du secteur de la santé
- 1.1.2 : Renforcer la coordination des actions et des partenaires
- 1.1.3 : Renforcer la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats

#### 1.2 : Réformes sectorielles y compris la décentralisation

- 1.2.1 : Elaborer une feuille de route pour le suivi de la mise en œuvre des réformes
- 1.2.2 : Accélérer la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé
- 1.2.3 : Renforcer la coordination entre la planification sectorielle et les Plans de Développement Communaux (PDC)

#### 1.3 : Contrôles, audits et Inspection Générale des Services

- 1.3.1 : Renforcer l'Inspection Générale de la Santé (IGS)
- 1.3.2 : Renforcer les activités d'audit interne et externe

#### 1.4 : Participation communautaire

- 1.4.1 : Renforcer l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé
- 1.4.2 : Adopter les textes sur la participation Communautaire au contexte
- 1.4.3 : Renforcer la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge au niveau communautaire (PCAC, PECADOM, PCIME COM, DBC, PFE, ATPC etc.)
- 1.4.4 : Promouvoir le PBF (Financement Basé sur la Performance) communautaire

#### 1.5 : Planification, suivi et évaluation

- 1.5.1 : Renforcer le processus de la planification axée sur les Résultats
- 1.5.2 : Généraliser l'utilisation des plans d'actions prioritaires pluri annuels à tous les niveaux
- 1.5.3 : Suivre la mise en œuvre des plans d'actions à travers l'organisation des revues conjointes et les missions périodiques
- 1.5.4 : Organiser des supervisions intégrées à tous les niveaux
- 1.5.5 : Organiser les évaluations à mi-parcours et finales du PDS
- 1.5.6 : Vulgariser les mécanismes de mise en œuvre de la carte sanitaire opposables à tous

#### 1.6 : Régulation et normalisation

- 1.6.1 : Réviser le corpus juridique du Ministère de la Santé Publique pour un bon fonctionnement du système de santé

#### 1.7 : Communication (interne et externe), documentation et archivage

- 1.7.1 : Mettre en œuvre un plan sectoriel de communication
- 1.7.2 : Mettre en place des unités de documentation-archives au niveau des DRSP et districts
- 1.7.3 : Informatiser la documentation-archivage à tous les niveaux

1.7.4 : Mettre à jour la base de données « documentation-archives » au niveau des DRSP et districts

1.7.5 : Rendre accessible sur le site Web et intranet du MSP la « documentation-archives » collectée à tous les niveaux

### **1.8 : Financement du secteur de la santé (accroissement et gestion)**

1.8.1 : Renforcer les mécanismes de mobilisation des ressources financières internes

1.8.2 : Initier les mécanismes de financements innovants pour la santé

1.8.3 : Renforcer la mise en commun des fonds

1.8.4 : Renforcer les capacités d'absorption des crédits accordés

1.8.5 : Gérer de manière rationnelle les ressources existantes

### **1.9 : Gestion des ressources matérielles**

1.9.1 : Informatiser la gestion des ressources matérielles

### **1.10 : Gestion des ressources humaines**

1.10.1 : Mettre en œuvre la réforme organique du MSP pour un bon fonctionnement du système de santé

1.10.2 : Gérer Efficacement les ressources humaines de la santé

1.10.3 : Opérationnaliser le système d'évaluation et d'avancement du personnel

### **1.11 : Construction/Réhabilitation et équipement d'infrastructures administratives et éducatives**

1.11.1 : Rendre effective la déconcentration des écoles de santé

1.11.2 : Rendre opérationnelles les structures techniques et administratives

### **1.12 : Information sanitaire**

1.12.1 : Développer une stratégie nationale d'information intégrant les besoins des services à tous les niveaux du système et ceux des partenaires du secteur en termes de suivi de l'impact des actions menées, de connaissance des ressources humaines, matérielles et financières disponibles dans le secteur

1.12.2 : Actualiser les outils de collecte des données en vue de réduire la fragmentation et la multiplicité des outils actuellement observées sur le terrain y compris ceux du secteur

1.12.3 : Renforcer la retro-information qui permettra d'alimenter les tableaux de bord à tous les niveaux

1.12.4 : Généraliser l'interconnexion pour la collecte des données

### **1.13 Promotion de la recherche**

1.13.1 : Mettre en place les mécanismes pour le développement de la recherche en santé

## **2. ACCES AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE**

### **2.1 : Développement des compétences**

2.1.1 : Poursuivre la formation continue

2.1.2 : Produire des RH de qualité

2.1.3 : Accroître l'effectif du personnel de santé

## **2.2 : Construction/ Réhabilitation d'infrastructures sanitaires**

- 2.2.1 : Transformation des infrastructures sanitaires
- 2.2.2 : Mise à niveau de l'existant
- 2.2.3 : Réhabilitation des infrastructures sanitaires
- 2.2.4 : Construction de nouvelles infrastructures
- 2.2.5 : Renforcement des stratégies novatrices d'accès géographique aux soins et services de santé

## **2.3 : Promotion des mécanismes de protection contre le risque financier**

- 2.3.1 : Soutenir la mise en œuvre de la feuille de route sur la CSU
- 2.3.2 : Capitaliser les expériences en matière de Couverture de Risque Maladie (CRM)
- 2.3.3 : Renforcer les capacités des collectivités territoriales en gestion de la gratuité des soins de santé

## **2.4 Promotion du secteur sanitaire privé**

- 2.4.1 : Faciliter la collaboration intersectorielle relative aux écoles privées de formation en santé
- 2.4.2 : Faciliter l'implantation des structures sanitaires privées conformément à la carte sanitaire
- 2.4.3 : Mettre en place le dispositif qualité au niveau des écoles de santé privées
- 2.4.4 : Organiser les promoteurs privés du secteur de la santé en alliance
- 2.4.5 : Créer un environnement favorable à une collaboration public-privé dans le secteur de la santé

## **2.5 : Acquisition et maintenance des équipements sanitaires**

- 2.5.1 : Acquisition d'équipements sanitaires
- 2.5.2 : Maintenance des équipements sanitaires

## **2.6 : Amélioration de la disponibilité des produits de santé**

- 2.6.1 : Recapitaliser l'ONPPC
- 2.6.2 : Renforcer la capacité de stockage de l'ONPPC et en régions
- 2.6.3 : Renforcer la capacité de distribution des médicaments
- 2.6.4 : Améliorer la gestion interne de l'ONPPC et de son circuit de distribution
- 2.6.5 : Renforcement de la production locale des médicaments
- 2.6.6 : Renforcer le cadre institutionnel de la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle
- 2.6.7 : Augmenter les capacités de production de la SONIPHAR
- 2.6.8 : Mettre en place une agence du médicament
- 2.6.9 : Renforcer le contrôle de qualité des médicaments
- 2.6.10 : Intensifier la lutte contre la vente illicite des médicaments et des médicaments contrefaits
- 2.6.11 : Rendre disponible les médicaments, consommables, réactifs, sangs et dérivés et ARV
- 2.6.12 : Mettre en place un système de pharmacovigilance performant

## **2.7 : Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles**

2.7.1 : Règlementer la médecine et la pharmacopée traditionnelles

2.7.2 : Intégrer la médecine et la pharmacopée traditionnelles dans le système de soins

## **3. PRESTATIONS DES SOINS ET SERVICES DE SANTE**

### **3.1 : Lutte contre les maladies transmissibles**

3.1.1 : Intensifier la lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme, Tuberculose, IST/VIH/Sida, Hépatites virales)

### **3.2 : Lutte contre les maladies non transmissibles**

3.2.1 : Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles (le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques (MRC) et la drépanocytose)

### **3.3 : Lutte contre les maladies tropicales négligées**

3.3.1 : Intensifier la lutte contre les maladies tropicales négligées (la bilharziose, les filarioses lymphatiques, les géo helminthiases, la lèpre, le trachome, la trypanosomiase humaine, ver de Guinée, Onchocercose, la leishmaniose et la rage)

### **3.4 : Santé de la Reproduction (Santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et de l'homme)**

3.4.1 : Renforcer les services de santé de la mère et du nouveau-né

3.4.2 : Instaurer un cadre de coordination multisectorielle pour la SR

3.4.3 : Renforcement des services de planification familiale

3.4.4 : Renforcer l'offre des services de la santé de l'enfant

3.4.5 : Renforcer l'offre des services de santé de l'homme

3.4.6 : Renforcer l'offre des services de santé des jeunes et adolescents

### **3.5 : Nutrition**

3.5.1 : Renforcer la capacité des services de prise en charge de la malnutrition

3.5.2 : Intensifier les actions de prévention de la malnutrition

3.5.3 : Développer la lutte contre le surpoids et l'obésité

### **3.6 : Promotion de la santé**

3.6.1 : Réorienter les services de santé aux besoins des populations

3.6.2 : Renforcer les conditions d'un environnement de vie et de travail favorable à la santé

3.6.3 : Créer les conditions favorables aux Ministères sectoriels pour l'adoption de politiques publiques de promotion de la santé

3.6.4 : Renforcer les aptitudes et capacités des individus dans les activités de promotion de la santé

3.6.5 : Instaurer un cadre de coordination multisectorielle de promotion de la santé au niveau national, régional et départemental et assurer son fonctionnement

3.6.6 : Renforcer la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions de santé

### **3.7 : Assurance qualité des services et soins de santé**

3.7.1 : Améliorer la qualité des soins de santé

### **3.8 : Sécurité sanitaire, gestion des épidémies, urgences et catastrophes**

3.8.1 : Renforcer le dispositif de gestion des épidémies et urgences de santé publique

3.8.2 : Renforcer la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIM)

## ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Voir fichier Excel joint.

### ANNEXE 3 : DESCRIPTION DE L'OUTIL DE COLLECTE INFORMATISE

Voir fichier Word joint.

## ANNEXE 4 : PRESENTATION POWERPOINT DES RESULTATS DE CARTOGRAPHIE

Voir fichier Powerpoint joint.