

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité-Travail-Progrès



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,
DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION**



**PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET
SOCIAL (PDSS) 2022-2026**

(Accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle)

Octobre 2022

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	x
LISTE DES TABLEAUX	xv
LISTE DES FIGURES	xvi
PREFACE.....	xvii
RESUME EXECUTIF	xviii
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
1.1 Contexte international	2
1.2 Contexte régional.....	2
1.3 Contexte national.....	3
1.3.1 Les données géographiques.....	3
1.3.2 Les données démographiques.....	3
1.3.3. Les données socio-économiques.....	4
1.3.4. Le cadre général de la planification sanitaire.....	6
1.4 Justification et démarche méthodologique	7
1.5 Présentation du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales.....	9
1.5.1 Le rappel des attributions.....	9
1.5.2 Le cadre organisationnel.....	10
II. ANALYSE DES PARTIES PRENANTES DU PDSS	11
2.1 Principales parties prenantes	11
2.2 Influence et soutien des parties prenantes au PDSS	12
2.2.1. Les priorités et stratégies pour faciliter l'engagement des parties prenantes pour la mise en œuvre du PDSS.....	13
2.2.2. L'analyse de l'influence et de l'importance	15
III. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE.....	16
3.1. Etat épidémiologique national	16
3.1.1 Les maladies transmissibles.....	16
3.1.1.1 Le paludisme	16
3.1.1.2 Les IST/VIH/SIDA et hépatites	17
3.1.1.3 La tuberculose	18
3.1.2 Les maladies à potentiel épidémique.....	20
3.1.3 La malnutrition.....	21
3.1.4. La vaccination de routine	24
3.1.5 Les Maladies Non Transmissibles.....	25
3.1.6 La santé mentale	26
3.1.7 Les maladies bucco-dentaires et le Noma.....	27
3.1.8 Les Maladies Tropicales Négligées	27
3.1.8.1 Les maladies oculaires	27
3.1.8.2 La Bilharziose et les Géohelminthes	28

3.1.8.3 La filariose lymphatique	29
3.1.8.4 L'onchocercose	30
3.1.8.5 La lèpre	31
3.2 Etat de santé de la population	32
3.2.1. La santé de la femme	32
3.2.1.1 Situation de la mortalité maternelle	32
3.2.1.2 Situation de la Planification Familiale	33
3.2.1.3 Situation de la Fistule Génitale Féminine	34
3.2.1.4 Les Violences Basées sur le Genre	35
3.2.2 La santé de l'enfant	36
3.2.3 La santé des adolescents et des jeunes	38
3.2.4. La santé de l'homme	39
3.2.5 La santé des personnes âgées	40
3.2.6 La promotion de la solidarité	41
3.2.8 La santé scolaire	43
3.2.8. La santé carcérale	44
3.2.9 La santé des migrants, réfugiés et déplacés	44
3.3 Déterminants de la santé	45
IV. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPOSE ACTUELLE A TRAVERS LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE ET DES QUESTIONS DE POPULATION ET AFFAIRES SOCIALES	49
4.1 Leadership, gouvernance et partenariat.....	49
4.1.1 Les dispositions légales et cadre juridique du secteur de la santé	49
4.1.2 La planification Stratégique et opérationnelle.....	51
4.1.3 La coordination et dialogue sur les politiques de santé	52
4.1.4 Le partenariat	52
4.1.5 La redevabilité/Responsabilité	52
4.1.6 L'applicabilité et l'inspection.....	53
4.1.7 La décentralisation/déconcentration	54
4.1.8 La participation et gestion communautaire	55
4.1.9 La multisectorialité	56
4.1.10 Les réformes du secteur.....	56
4.1.11 La communication institutionnelle	56
4.2 Ressources humaines pour la santé	57
4.2.1 Les effectifs, croissance et statuts	57
4.2.2 L'enjeu de la répartition spatiale des RHS	58
4.2.3 Le management et gestion des RHS.....	59
4.2.4 La formation initiale et continue	59
4.3 Infrastructures, équipements et maintenance	60
4.3.1 Les infrastructures : architecture du système de santé du Niger	60
4.3.2 Les équipements.....	63
4.3.3 La maintenance.....	64
4.4 Système d'information sanitaire et recherche en santé	65

4.4.1	<i>Le système d'information sanitaire</i>	65
4.4.2	<i>La recherche en santé</i>	65
4.5	Financement de la santé et protection contre le risque maladie	66
4.5.1	<i>La Dépense Nationale de Santé</i>	66
4.5.2	<i>La collecte des fonds</i>	67
4.5.3	<i>La mise en commun et protection contre le risque financier</i>	67
4.5.3.1	<i>La mise en commun des fonds</i>	67
4.5.3.2	<i>La protection contre le risque financier lié à la maladie</i>	68
4.5.4	<i>Les modalités d'achat</i>	69
4.5.5	<i>L'efficience et l'équité dans l'utilisation des ressources</i>	69
4.6	Médicaments et autres produits de santé	70
4.7	Prestations des soins et services de santé	74
4.8	Santé communautaire	78
4.9	Analyse de la réponse actuelle aux questions de population et affaires sociales	79
4.9.1	<i>Les réponses actuelles aux questions de population/maitrise de la fécondité</i> . 79	
4.9.2.	<i>La réponse actuelle aux affaires sociales</i>	81
V.	PRINCIPAUX RESULTATS OBTENUS ET LEÇONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDS 2017-2021	83
5.1	Bilan de mise en œuvre des reformes du PDS 2017-2021	83
5.2	Principales réalisations de la mise en œuvre du PDS 2017-2021 et leurs effets sur les indicateurs	86
5.2.1	<i>Les réalisations du programme 1</i>	86
5.2.2	<i>Les réalisations du programme 2</i>	87
5.2.3	<i>Les réalisations du programme 3</i>	88
5.3	Leçons apprises	90
5.3.1	<i>La mise en œuvre d'une bonne gouvernance et des initiatives innovantes en matière de financement de la santé est indispensable</i>	90
5.3.2	<i>Les enjeux de ressources humaines sont multiples et constituent de véritables défis à relever pour l'atteinte des objectifs du PDSS</i>	91
5.3.3	<i>Un processus efficace dans le pilotage local et la planification des interventions reste essentiel à mettre en place</i>	91
5.3.4	<i>Persistance de goulots d'étranglement qui limitent les performances du système de santé</i>	91
5.3.5	<i>Le contexte général de mise en œuvre relativement instable détermine largement les performances</i>	91
5.3.6	<i>La synergie d'actions des ONG et des services techniques de la santé a permis de faire face à l'afflux des réfugiés/déplacés.</i>	92
5.3.7	<i>La relation entre les ressources mobilisées, les efforts fournis et les résultats attendus n'est pas assez visible</i>	92
VI.	ANALYSE CAUSALE DES PROBLEMES ET DEFIS	92

6.1	Problèmes centraux des piliers et le problème fédérateur	92
6.2	Causes et conséquences directes et indirectes du problème fédérateur	95
6.2.1	<i>Les causes de la faible disponibilité des prestations sanitaires et sociales de qualité :</i>	95
6.2.2	<i>Les causes de l'insuffisance de la protection sociale en santé de la population</i>	96
6.2.3	<i>Les causes de la non-maîtrise de la fécondité</i>	96
6.2.4	<i>Les causes de la faiblesse dans la gouvernance et du financement de la santé</i> 96	
6.2.5	<i>Les conséquences primaires</i>	97
6.2.6	<i>Les conséquences secondaires</i>	97
6.2.7	<i>Les conséquences tertiaires</i>	97
6.3	Défis majeurs	97
VII.	ORIENTATIONS STRATEGIQUES : OBJECTIFS, AXES STRATEGIQUES, STRATEGIES D'INTERVENTION DU PDSS 2022-2026	98
7.1.	Vision et objectifs du PDSS	98
7.1.1.	<i>La vision</i>	98
7.1.2.	<i>Les objectifs du PDSS</i>	98
7.2.	Axes stratégiques, réformes clefs et stratégies d'intervention	99
7.2.1.	<i>Les axes stratégiques</i>	99
7.2.2	<i>Les stratégies d'intervention</i>	99
7.2.2.1.	PROGRAMME 1 : Amélioration de la gouvernance en santé	99
7.2.2.2.	PROGRAMME 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales	109
7.2.2.3	PROGRAMME 3 : Renforcement de la protection sanitaire et sociale des groupes vulnérables.....	124
7.2.2.4.	PROGRAMME 4 : Amélioration de la maîtrise de la fécondité.....	129
VIII.	CHAINE DES RESULTATS, THEORIE DE CHANGEMENT ET CADRE LOGIQUE	129
8.1.	Chaîne des résultats	129
8.2	Théorie de changement du PDSS	130
8.3.	Cadre logique	132
IX.	BESOINS FINANCIERS DU PDSS	132
9.1	Tendances et besoins financiers globaux du PDSS	132
9.1.1	<i>Le budget par axe stratégique du PDSS</i>	133
9.1.2	<i>La répartition du budget par programmes et sous programmes du PDSS</i>	134
9.1.3	<i>La répartition du budget du PDSS par niveau du système de santé</i>	137
9.1.4	<i>Le budget par catégorie de dépense</i>	137
9.1.5	<i>La répartition du budget par sources potentielles de financement</i>	138
9.1.6	<i>L'analyse du gap de financement</i>	138
9.1.7	<i>Les Scénarii de financement du PDSS</i>	139
9.2	Evaluation de l'impact	141

9.3	Plan de financement du PDSS	142
9.3.1	<i>Les modalités de gestion des ressources financières mobilisées</i>	142
9.3.2	<i>Le dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières</i>	142
X.	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ET EVALUATION	143
10.1.	Détermination des programmes	143
10.1.1	<i>Amélioration de la gouvernance en santé</i>	143
10.1.2	<i>Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales</i>	143
10.1.3	<i>Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables</i>	144
10.1.4	<i>Amélioration de la maîtrise de la fécondité</i>	144
10.2.	Cadre de mise en œuvre du PDSS 2022-2026	144
10.2.1.	<i>La planification et coordination</i>	144
10.2.2	<i>Les modalités de mise en œuvre</i>	145
10.2.3	<i>Le dispositif du suivi évaluation</i>	146
	BIBLIOGRAPHIE	147
	ANNEXES	149
	Annexe 1 : Pyramide Sanitaire	150
	Annexe 2 : Répartition des infrastructures sanitaires par région en 2021	151
	Annexe 3 : Couverture MILDA et CPS de 2017 à 2021	151
	Annexe 4 : Répartition du nombre de nouveaux cas de FGF enregistrés par les centres de prise en charge par an et par région de 2016 à 2021	151
	Annexe 5 : Synthèse de la couverture vaccinale en matière de lutte contre la Covid 19 par région au 31 Juillet 2022	152
	Annexe 6 : Préoccupations des Parties Prenantes du PDSS 2022-2026	152
	Annexe 7 : Causes primaires, secondaires, tertiaires du problème fédérateur : faible accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité.	158
	Annexe 8. Conséquences primaires, secondaires, tertiaires et ultime du problème fédérateur	164
	Annexe 9 : Matrice du cadre logique	165
	Annexe 11 : Bilan de mise en œuvre des reformes du PDS 2017-2021	184

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
AFD	Agence Française de Développement
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMM	Autorisations de Mise sur le Marché
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARV	Anti rétroviraux
ATPN	Association des Tradipraticiens du Niger
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BM	Banque Mondiale
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CDMT	Cadre des Dépenses sectorielles à Moyen Terme
CD4	Cluster de Différenciation 4
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CFA	Colonies Françaises d'Afrique
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Médicale
CNRFO	Centre National de Référence des Fistules Obstétricales
CNS	Conseil National de Santé
COGEST	Comité de Gestion
COGEPI	Comité de Gestion des Epidémies
COSAN	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CPoN	Consultation Postnatale
CRENAS	Centre de Récupération de la Malnutrition Aigüe et Sévère
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif
CS	Comptes de la Santé
CSI	Centre de Santé Intégrée
CSME	Centre de Santé Mère et Enfant
CSNS	Comité Stratégique National de Santé
CTNS	Le Comité Technique National de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DGAS	Direction Générale des Affaires Sociales
DGPS	Direction Générale de la Promotion de la Santé
DGP/SR	Direction Générale de la Population et de la Santé de la Reproduction
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DHIS	District Health Information System

DHP/S	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnementale
DI	Direction des Immunisations
DIES	Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires
DLM	Direction de la Lutte Contre la Maladie
DMP/DSP	Direction des Marchés Publics et des Délégations de Service Public
DMH	Direction de la Médecine Hospitalière
DN	Direction de la Nutrition
DNS	Dépenses Nationales de Santé
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course
DP	Densité Parasitaire
DPF	Direction de la Planification Familiale
DPG	Déclaration de Politique Générale
DPH/MT	Direction des Pharmacies et de la Médecine Traditionnelle
DPPA	Direction de la Protection des Personnes Agées
DPPD	Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses
DPPH/IS	Direction de la Promotion des Personnes Handicapées et Inclusion Sociale
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
	Direction de la Promotion de la Solidarité
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DRSP/P/S	Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
DS	District Sanitaire
	Direction des Statistiques
DSAJ	Direction de la Santé des Adolescents et des Jeunes
DSC	Direction de la Santé Communautaire
DSRE	Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
ECHO	Service d'Aide Humanitaire et de Protection Civile de la Commission Européenne
EDSN-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EFS	Economie Familiale et Sociale
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPST	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technique
ESC	Education Sexuelle Compète
FC	Fonds Commun
FCFA	Franc des Colonies françaises d'Afrique
FM	Fond Mondial
FRESH	Focusing Ressources on Effective School Health
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FSS	Faculté des Sciences de la Santé

GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GARP	Rapport d'activité sur la riposte contre le Sida dans le monde
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GE	Goutte Epaisse
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GNT	Groupe National de Travail
Hbts	Habitants
HD	Hôpital de District
HN	Hôpital National
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Incidence Cumulée
IGS	Inspection Générale de Services
IEC	Information, Education et Communication
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IMC	Incapacité Motrice Chronique
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JNM	Journées Nationales de Micronutriments
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LANSEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
MCD	Médecin Chef du District
LMD	Licence –Master – Doctorat
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MES	Ministère de l'Enseignement Secondaire
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ebola
NV	Naissances Vivantes
OCP	Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest
OCRTIS	Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIT	Organisation Internationale de Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA	Plan d'Action Annuel
PAP	Projet Annuel de Performance
PAP/PA	Plan d'Action Prioritaire Pluri Annuel
PPA	Plan Pluri Annuel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDC	Plan de Développement Communal
PDSS	Plan de Développement Sanitaire et Social
PEV	Programme Elargi des Vaccinations
PC	Participation communautaire
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PIE	Programme d'Investissement de l'Etat
PM	Pour Mémoire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNCD	Plan National de la Communication pour le Développement
PNLSH	Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNEVG	Programme National d'Elimination du Ver de Guinée
PNPS	Politique Nationale de la Protection Sociale
PNSN	Politique Nationale de la Sécurité Nutritionnelle
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PSSE	Paquet des Services de Santé Essentiels
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère – Enfant du
PVH	Papilloma Virus Humain
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAP	Rapport Annuel de performance
RC	Recouvrement de Coût
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines de la Santé
RMC	Maladies Respiratoires chroniques
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RRI/IRR	Initiatives à Résultats Rapides
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence

SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SDDCI	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels Périnataux et Riposte
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SG	Secrétariat Général
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP	Secrétariat Permanent
SR	Santé de la Reproduction
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaires
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
\$ US	Dollar Américain
STEPS	Approche intégrée de surveillance / prévention / prise en charge des MNT
TAS	Transmission Assessment Survey
TB/TBC	Tuberculose
TDM	Traitement de Masse
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Prophylactique Intermittent
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ULSS	Unité de Lutte Sectorielle contre le Sida
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : Principales parties prenantes.....	11
Tableau N° 2: Incidence du paludisme de 2017 à 2021 par région.....	16
Tableau N° 3 : Situation des épidémies vécues au Niger de 2017 à 2021	20
Tableau N° 4 : Répartition des cas de troubles mentaux et décès par région de 2017 – 2021	26
Tableau N° 5: Synthèse nationale des réalisations financières des PAA de 2017 à 2021	89
Tableau N° 6: Problèmes majeurs et problème central par pilier	92
Tableau N° 7 : Evolution attendue des indicateurs d'impact	98
Tableau N° 8 : Evolution attendue des indicateurs de la CSU	99
Tableau N° 9: Evolution attendue des résultats de gouvernance au cours de la mise en œuvre du PDSS.....	108
Tableau N° 10: évolution attendue des résultats du programme de l'offre et de la qualité des soins au cours de la mise en œuvre du PDSS	123
Tableau N° 11: Evolution attendue des indicateurs du programme de la protection sociale en santé au cours de la mise en œuvre du PDSS.....	128
Tableau N° 12 : Chaîne de résultats.....	130
Tableau N° 13 : Répartition du budget par programmes et sous programmes du PDSS.....	135
Tableau N° 14 : Gaps financiers du PDSS.....	138
Tableau N° 15 : Scénarii de financement du PDSS.....	140
Tableau N° 16 : Evolution de la mortalité maternelle par scenarii	141
Tableau N° 17 : Evolution de la mortalité néonatale par scenarii	141
Tableau N° 18 : Evolution de la mortalité infanto-juvéniles par scenarii.....	141
Tableau N° 19 : Vies additionnelles infantiles sauvées par scenarii	141

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre de planification	7
Figure 2: Degré d'influence et de soutien des parties prenantes.....	12
Figure 3: Proportion des PV VIH sous ARV de 2017 – 2021	18
Figure 4: Evolution du taux de succès thérapeutique de la tuberculose par région de 2017 à 2020	19
Figure 5: Evolution de la malnutrition chronique (retard de croissance) au Niger de 2014 à 2021	21
Figure 6: Evolution de la malnutrition chronique (retard de croissance) par région de 2019 à 2021	22
Figure 7: Evolution de la malnutrition aiguë au Niger de 2014 à 2021	22
Figure 8: Evolution de la malnutrition aiguë par région de 2019 à 2021	23
Figure 9: Evolution des facteurs de risque des MNT entre STEPS 2007 et STEPS 2021	26
Figure 10: Evolution du taux de la chirurgie de la cataracte de 2017 à 2021 au Niger.....	27
Figure 11: Répartition du nombre de chirurgie de trichiasis de 2016 à 2021	28
Figure 12: Evolution de la prévalence de la schistosomiase en 2016 et 2019 par site sentinelle.....	29
Figure 13: Evolution de la prévalence moyenne de la filariose lymphatique de 2016 à 2019	30
Figure 14: Répartition du nombre de cures d'hydrocèle réalisés de 2017 à 2021	30
Figure 15: Evolution de la prévalence et de la détection annuelle de la lèpre de 2012 à 2021	31
Figure 16: Evolution de la mortalité maternelle au Niger	32
Figure 17: Ecart entre CPNR1, CPNR4, ACCOUCHEMENT ASSISTE et CPON en 2021 ...	33
Figure 18: Evolution de la demande satisfaite en PF de 1998 à 2021.....	34
Figure 19: Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile entre 1998 et 2021.....	36
Figure 20: Evolution de la Dépense Nationale de Santé au cours du PDS 2017-2021.....	66
Figure 21: Evolution de la part du budget de l'Etat alloué à la santé de 2016 à 2020	67
Figure 22: Evolution par an des prévisions budgétaires du PDSS 2022-2026.....	133
Figure 23: Répartition du budget par axes stratégiques	134
Figure 24: Répartition du budget par niveau du système de santé	137
Figure 25: Répartition du budget par catégorie de dépense	137
Figure 26: Répartition du budget par sources potentielles de financement.	138

PREFACE

Depuis plusieurs décennies, le Niger s'est engagé dans un processus de planification sectorielle dans le souci de répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du pays.

En vue d'accroître la cohérence et l'efficacité des politiques sociales, les plus hautes autorités du pays ont décidé d'intégrer les secteurs de la santé, de la population et des affaires sociales dans un seul département ministériel. Les engagements internationaux et nationaux du Niger convergent vers un objectif ultime : l'accès de tous les nigériens, sans distinction, au moment où ils en ont besoin, à des soins de santé de qualité, sans aucune entrave financière.

La mise en œuvre du Plan de Développement sanitaire 2017-2021 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration de la couverture sanitaire, de la qualité et de l'utilisation des services. Cela s'est traduit par une amélioration de la couverture sanitaire et des indicateurs d'utilisation des services préventifs et curatifs. L'offre des services de santé s'est également améliorée notamment la construction et l'opérationnalisation de nouveaux hôpitaux de référence, l'immunisation avec l'introduction de nouveaux vaccins de même que la prise en charge efficace des maladies endémo épidémiques.

Malgré ces progrès, d'importants défis sont à relever afin de permettre un accès universel aux soins de santé de qualité. Il s'agit notamment du renforcement des mesures visant à lever la barrière financière aux soins de santé, une plus grande mobilisation des ressources financières en faveur de la santé, une disponibilité en ressources humaines de qualité, motivées et en quantité suffisante, l'application effective des mesures de transfert des compétences et des ressources aux collectivités locales, et le renforcement des performances du système de santé notamment au niveau de l'offre de soins dans les hôpitaux et dans la communauté ainsi qu'au plan de la gouvernance.

L'élaboration du Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026, cinquième du genre depuis 1994, s'inscrit dans la vision « **un plan unique de développement du secteur, un processus unique de coordination, un cadre budgétaire unique et un cadre unique de suivi-évaluation** ». Cette vision constitue le cadre référentiel du PDSS. Elle favorise l'opérationnalisation des stratégies de manière à atteindre les objectifs nationaux à travers une coopération au développement efficace, une vision et une stratégie communes et connues, un choix d'interventions à fort impact basé sur les preuves et une utilisation efficiente des ressources, avec un alignement et des synergies accrues des ressources des partenaires et des financements nationaux.

Le PDSS 2022-2026 s'inscrit dans une double perspective : relever les défis ci-dessus évoqués et accélérer l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD). Ce plan a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur, aux différents niveaux du système de santé. Il propose des solutions aux différents problèmes du secteur grâce à une combinaison pertinente de la promotion de l'offre de qualité et de la demande en collaboration avec les autres secteurs.

Qu'il nous soit permis de remercier, au nom du **Président de la République, Son Excellence Monsieur BAZOUM Mohamed**, tous ceux qui ont pris part aux réflexions et concertations qui ont jalonné la maturation de ce présent document stratégique. Je pense, entre autres, à nos Partenaires Techniques et Financiers, pour leur précieux concours sans cesse renouvelé.

Enfin, j'adresse mes encouragements aux personnels du secteur de la santé dévoués et engagés à l'accomplissement des objectifs qui leurs sont assignés.

Le PDSS 2022-2026 s'inscrit dans la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) Niger 2035 du gouvernement et constitue un instrument précieux pour le développement du capital humain en vue de la croissance et du développement durable. Il est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Aussi, j'exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

**Le Ministre de la Santé Publique,
de la Population et des Affaires Sociales**

Dr ILLIASSOU IDI MAINASSARA

RESUME EXECUTIF

Le système national de santé du Niger s'est construit depuis les années 1960 à travers une suite de réformes et d'investissements visant à le rendre plus performant. La Politique Nationale de Santé 2016-2035 se fonde sur les principes des soins de santé primaires et les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance. La vision de la santé s'y décline pour « une nation moderne et émergente où les populations bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation ».

Depuis des décennies, le Ministère en charge de la Santé s'est engagé dans un processus de planification sectorielle afin de relever les défis qui entravent le développement sanitaire et social du Niger.

La mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 a permis d'engranger des acquis en termes de construction et d'équipement de formations sanitaires, de mise à disposition de personnel de santé, d'accès aux services de santé maternelle et infantile. Cependant, en dépit de ces acquis le pays reste confronté à plusieurs défis qui limitent la progression des indicateurs. La persistance de l'inaccessibilité physique et financière des populations aux services de santé, la faiblesse en nombre et en qualité selon les normes du personnel de santé et leur inégale répartition géographique, des niveaux élevés de morbidité et de mortalité, la malnutrition, une forte natalité et une faible capacité de réponse aux situations d'urgence constituent les principaux défis pour améliorer durablement l'état de santé des populations.

Pour relever ces défis, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales avec l'appui des Partenaires au développement a entrepris la formulation d'un nouveau plan quinquennal. Le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026 est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé et les affaires sociales sur les priorités du secteur pour la période 2022-2026.

Son élaboration a suivi un processus comprenant les étapes clés suivantes : i) l'analyse de la situation sanitaire nationale à travers des ateliers de consensus regroupant les responsables du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, les autres départements ministériels, les Partenaires Techniques et Financiers, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les associations et les autres Organisations de la Société Civile (OSC) dans toutes les régions du pays, ii) l'élaboration d'un projet de document de PDSS 2022-2026 par une équipe technique. Ce document a été amendé en atelier national avec la participation de tous les acteurs y compris les partenaires techniques et financiers. Il a ensuite été validé par le comité de pilotage avant son adoption par le gouvernement

Le PDSS 2022-2026 s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales contenues dans la Politique Nationale de Santé 2016-2035, la Politique Nationale de la Population 2019-2035, la Politique Nationale de Protection Sociale

2021, la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement et le Plan de Développement Economique et Social (PDES) (2022-2026), ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse de la situation sanitaire du Niger. Cette analyse de la situation s'est nourrie des résultats de l'évaluation du PDS 2017-2021, des résultats des évaluations des autres programmes prioritaires du ministère ainsi que des rapports contributifs élaborés par les parties prenantes. Le PDSS 2022-2026 intègre la réforme du budget programme et les ODD dans la perspective de permettre au Niger de répondre à son engagement pris pour l'horizon 2030.

Les défis majeurs à résoudre durant les cinq (05) années sont :

1. l'amélioration du leadership pour les résultats de développement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
2. l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé ;
3. l'amélioration de la gestion de l'information sanitaire ;
4. le renforcement du système de la recherche en santé ;
5. l'amélioration de la gestion du personnel y compris la répartition équitable du personnel de santé entre le milieu urbain et rural ;
6. le renforcement des capacités en infrastructures et équipements sanitaires et sociaux plus précisément l'extension de la couverture sanitaire ;
7. le renforcement de la disponibilité du sang et dérivés, des médicaments et autres produits de santé de qualité ;
8. le renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables notamment contre les risques financiers liés à la maladie.
9. l'amélioration de la prise en compte des questions de population dans les politiques publiques sanitaires ;

S'inscrivant dans la vision du Président de la République à travers le Programme de Renaissance Acte III, l'objectif global du plan est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des populations et de la transition démographique d'ici fin 2026.

La stratégie s'organise autour de quatre (4) axes principaux :

- amélioration de la gouvernance et du financement de la santé ;
- amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations sanitaires et sociales de qualité ;
- renforcement de la protection sanitaire et sociale de la population générale et des groupes vulnérables et à besoins spécifiques en particulier ;
- amélioration de la maîtrise de la fécondité.

Chacun de ces axes stratégiques correspond à un programme et est traduit en axes d'interventions et en actions prioritaires.

Au total vingt-trois (23) produits et quatre (4) effets sont définis dans la chaîne de résultats. La réalisation des produits et des effets aura pour impact « l'amélioration du bien-être sanitaire et social des populations nigériennes ».

Des plans stratégiques spécifiques arrimés au PDSS 2022-2026 seront élaborés en déclinant les actions prioritaires retenues en activités opérationnelles.

Le dispositif institutionnel de mise en œuvre comprendra : i) le Comité National de Santé, cadre sectoriel de dialogue santé et instance nationale de pilotage présidé par le Premier Ministre; ii) le Comité Technique National de Santé, organe du suivi de la mise en œuvre du PDSS présidé par le Ministre de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales.

Le PDSS 2022-2026 est accompagné d'un guide de suivi et d'évaluation pour assurer un suivi optimal de sa mise en œuvre. Dans ce cadre, seront fortement renforcés les processus de revue et d'analyse mi-parcours et sera conduite une évaluation finale du PDSS.

Le cadrage financier du PDSS 2022-2026 s'est fait sur la base des données programmatiques en utilisant l'outil de budgétisation One Health. Le scénario moyen a permis de quantifier un budget prévisionnel du PDSS 2022-2026 de **Mille cinq cent treize milliards soixante-trois millions huit cent soixante-six mille trois cent dix (1 513 063 866 310) F CFA** soit environ 2 521 773 110 dollars US. Ce coût est réparti sur une période de cinq (05) ans.

Les principaux risques qui pourraient compromettre la réalisation des ambitions du PDSS 2022-2026 et pour lesquels des mesures d'atténuation devraient être développées sont : (i) l'instabilité sociopolitique, (ii) l'incertitude du financement, (iii) l'aggravation de l'insécurité et (iv) les aléas climatiques.

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé et du bien-être social des populations nigériennes, le Gouvernement du Niger à travers le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires sociales s'est engagé depuis 1994 dans un processus de planification sanitaire. Cela a conduit ; en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (PTF), à élaborer quatre Plans de Développement Sanitaire (1994- 2000 ; 2005-2010 ; 2011-2015 ; 2017-2021). Le cinquième Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026 intervient au moment où pour une meilleure efficacité, les plus hautes autorités du pays ont décidé de l'intégration des secteurs de la santé, de la population et des affaires sociales dans un seul département ministériel. Ce plan en étroite cohérence avec les grands axes de la Politique Nationale de Santé (PNS), de la Politique Nationale de Population (PNP), la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS), les Objectifs de Développement Durable (ODD), le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2022-2026 a pour enjeu fondamental, l'avancée du pays vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), Objectif de Développement Durable (ODD) numéro 3.

Pour ce faire, sa conception est arrimée aux orientations stratégiques de la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement (DPGG) et à la lettre du Programme de Renaissance acte III de son Excellence Monsieur BAZOUM Mohamed, Chef de l'Etat, Président de la République. Outre les engagements internationaux relatifs aux ODD, il prend également en compte les autres engagements du pays en matière de santé, notamment : (i) le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue du 5 au 13 septembre 1994 au Caire ; (ii) la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement en date du 02 mars 2005 ; (iii) le Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 ; (iv) l'Agenda 2063 de l'Union Africaine ; (v) la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement du 29 août 2008 et, (vi) la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires (SSP), lors du sommet sur les 40 ans de la déclaration d'Alma Ata en Octobre 2018.

Le PDSS constitue le cadre de mise en œuvre des politiques de santé, de la population et d'action sociale. La mise en œuvre du PDSS 2022-2026, à travers le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), sera concrétisée par les interventions visant les trois déterminants majeurs de la CSU que sont : l'action sur les déterminants de la santé, l'amélioration de l'offre de soins et de services de qualité, le renforcement de la protection financière. Ce présent document s'articule autour de dix points : (i) le contexte et la justification ; (ii) l'analyse des parties prenantes ; (iii) l'analyse de la situation sanitaire ; (iv) l'analyse de la situation et de la réponse actuelle ; (v) les principaux résultats obtenus et leçons apprises ; (vi) l'analyse causale des problèmes et défis ; (vii) les objectifs, axes stratégiques et stratégies d'intervention ; (viii) la chaîne des résultats, théorie de changement et le cadre logique ; (ix) les besoins financiers du PDSS et (x) les modalités de mise en œuvre et de suivi évaluation.

Un guide de suivi et d'évaluation et un cadre de mesure de la performance, sont parties intégrantes et complètent le présent Plan.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1 Contexte international

Le contexte international reste orienté par l'agenda de développement durable adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 25 septembre 2015. Cet agenda est défini à travers dix-sept (17) Objectifs de Développement Durable (ODD) et 169 cibles à l'horizon 2030. Ces objectifs s'inscrivent dans le prolongement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et intègrent les trois (3) dimensions du développement durable (économique, sociale et environnementale) fondées sur une bonne gouvernance.

La cible 3.8 de l'ODD3 relative à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est au centre de l'agenda de développement durable en matière de santé dans la mesure où elle sous-tend toutes les autres cibles. Elle est la voie qui permettra aux pays de réaliser des progrès vers l'atteinte de l'ODD 3 qui vise à « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** »¹. Le caractère « intégrés et indissociables » des ODD est tel que les résultats attendus dans le cadre d'un ODD sont fortement dépendants des progrès qui seront réalisés dans les autres ODD. Ainsi, l'amélioration de la santé de la population (ODD3) dépendra des progrès qui seront réalisés dans environ neuf (9) autres ODD qui sont les ODD 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 16 et 17. Ceci montre bien l'importance de la multisectorialité pour agir sur les déterminants de la santé en vue d'améliorer la santé de la population dans le cadre des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle à l'horizon 2030.

Réunis à Astana les 25 et 26 octobre 2018 autour de la question des Soins de Santé Primaires (SPP) les pays ont réaffirmé les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Cette conférence a conduit à la définition d'une nouvelle vision des SSP pour le 21^{ème} siècle. Cette vision fait des SSP le moyen le plus efficace, le plus efficient et le plus équitable de réaliser la Couverture Sanitaire Universelle.

En outre, le Niger a adhéré à la charte des Nations Unies en matière de droits de l'Homme et est aussi partie prenante aux huit (8) conventions fondamentales de l'Organisation Internationale de Travail (OIT).

Le contexte international est aussi caractérisé par : (i) la persistance des menaces sécuritaires, (ii) le changement climatique, (iii) la désertification et (iv) la pandémie de la COVID-19 qui affecte presque tous les pays depuis la fin de l'année 2019. En ce qui concerne le changement climatique et la désertification, le Niger fait partie des premiers pays en Afrique à signer l'accord de Paris (COP 21) sur le changement climatique.

1.2 Contexte régional

Sur le plan continental, le contexte est marqué par des initiatives et engagements pris par les Etats notamment, l'Agenda 2063 de l'Union Africaine « ***l'avenir que nous voulons pour l'Afrique*** ». Cet Agenda est une vision et une plateforme qui oriente le

¹ Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », A/RES/70/1, Assemblée Générale des Nations Unies, Septembre 2015.

continent afin de consolider les progrès en cours et d'exploiter stratégiquement les possibilités qui s'offrent à court, moyen et long terme pour assurer une transformation socio-économique positive.

Le cadre politique et stratégique régional est également caractérisé par :

- la Déclaration d'Abuja en 2001, demandant aux pays d'allouer 15% des dépenses publiques totales au secteur de la santé ;
- la Déclaration d'Alger (2008) sur la recherche en santé ;
- la Déclaration de Ouagadougou (2008) sur les Soins de Santé Primaires et les systèmes de santé en Afrique ;
- le Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation continentale pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction et la Stratégie Africaine de Santé 2016-2030 ;
- la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en 2008 suivie par l'engagement de Luanda en 2010 ;
- l'engagement de Luanda pour la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique en 2014.

La plupart des pays de la CEDEAO sont traversés par la bande sahélienne, aride, déterminant des conditions de vie précaires, aggravées par des crises climatiques et sécuritaires, liée aux menaces des groupes armés non étatiques, qui sévissent dans certains pays de la région. Ces éléments conjoncturels font que les pays d'Afrique de l'Ouest sont confrontés à des carences alimentaires, qui se manifestent par la malnutrition (aigüe ou chronique) chez les enfants de 0 à 5 ans. La région ouest africaine est confrontée à la persistance des maladies dont certaines surviennent sous forme d'épidémies récurrentes (méningite, choléra, rougeole et paludisme etc...). Elle s'inscrit également dans une logique de transition épidémiologique et de risque de double fardeau avec la perpétuation des maladies infectieuses et nutritionnelles doublées du développement des maladies chroniques et dégénératives. Aussi, pour mieux coordonner la lutte contre les grands problèmes de santé au niveau sous régional, la CEDEAO a créé l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) le 09 juillet 1987 à Abuja au Nigeria.

Le contexte économique sous régional est marqué par la généralisation dans les pays de l'UEMOA de la mise en œuvre des budget-programmes dans le cadre du Pacte de Convergence et de Stabilité, de croissance et de solidarité à travers le nouveau cadre harmonisé de gestion des finances publiques adopté en 2009.

1.3 Contexte national

1.3.1 Les données géographiques

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37 et 23° de latitude Nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude Est, à 700 km au Nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'Est de la côte Atlantique et à 1 200 km au Sud de la Méditerranée avec une superficie de 1 266 491 km². Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Libye et au Sud par le Nigeria et le Bénin.

1.3.2 Les données démographiques

Le Niger est caractérisé par une croissance démographique élevée. En effet, le taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,9% (RGP/H 2012) est l'un des plus élevés

au monde. Cette forte croissance démographique est notamment expliquée par une forte fécondité. Malgré, une baisse observée de 18% entre 2012 et 2021, l'Indice Synthétique de Fécondité qui est passé pour l'ensemble du pays de 7,6 enfants par femme en 2012 (EDSN-MICS 2012) à 6,2 enfants par femme en 2021 (ENAFEME 2021), reste l'un des plus élevés au monde. Les adolescents de 15 à 19ans contribuent à hauteur de 10,6% à la fécondité. La population du Niger est estimée à 23 591 983 habitants en 2021 avec une proportion femme/homme respectivement de 50,7% et 49,3%. (Projection démographique INS 2012)

La population est très jeune (49,6% ont moins de 15ans) et à forte prédominance rurale (84%). L'âge médian est estimé à 15,2 ans en 2020 (UNDESA, 2019).

La tranche d'âge 0 à 4 ans représente près d'un habitant sur cinq (19,66%), 4,2% pour les 0-11 mois, 41,2% pour les 2-14 ans, 24% pour les 10-19 ans, 71,7% pour les 1-29 ans et 21,4% pour les femmes en âge de procréer. La population active âgée de 15 à 64 ans représente 47,99% de la population. La proportion de 65 ans et plus, est de 2,44%. Ces personnes âgées souffrent surtout de problèmes de santé et d'handicap physique ainsi que de l'absence d'une couverture adéquate de sécurité sociale, de manques de moyens économiques leur permettant de subvenir à leurs propres besoins. Mais l'insuffisance de données sanitaires précises sur cette tranche de la population traduit la méconnaissance de leurs vulnérabilités spécifiques, et un manque de visibilité dans les politiques et programmes nationaux.

Une autre conséquence majeure de cette poussée démographique est l'augmentation du taux de dépendance démographique, qui est passé de 98 en 1960 à 112 pour 100 actifs potentiels (ou 1,12 dépendant par actif potentiel) en 2020. La jeunesse de la population sans cesse renouvelée, nécessite des investissements lourds et ciblés dans la santé sexuelle et reproductive, l'éducation et l'autonomisation des jeunes pour réaliser leur plein potentiel afin de saisir l'opportunité du dividende démographique.

La population du Niger est composée de dix (10) groupes ethno-linguistiques qui sont : Arabe, Boudouma, Djerma-Songhaï, Gourmantché, Haoussa, Kanouri, Peul, Tassawaq, Touareg et Toubou. Les langues majoritairement parlées sont le Haoussa et le Djerma. Sur le plan administratif le français est la langue officielle du pays.

Sur le plan religieux, l'islam est la religion dominante, pratiquée par 99,3% de la population. Les chrétiens 0,3%, les animistes 0,2% et les autres religions représentent 0,2%.

1.3.3. Les données socio-économiques

Le PIB nominal est de 7 909,30 milliards de FCFA (13435,30 millions de Dollars US) en 2020, soit 347 600 FCFA (590,5 US \$) par habitant et par an. Il est issu d'une économie qui repose principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs². Les activités extractives ont participé en 2020 à 6,87% de la richesse nationale produite³.

Une large majorité de la population active est engagée dans le secteur de l'agriculture, principalement dans des exploitations familiales, de taille réduite, pratiquant une

⁰INS, Le Niger en chiffres 2014

³PDS 2011-2015

agriculture de subsistance, et dans celui de l'élevage. Le secteur agricole, base de l'économie du pays, est fortement dépendant des conditions climatiques difficiles, comportant des périodes de sécheresse récurrentes. On observe donc de plus en plus la pratique de cultures de contre saison pour faire face au déficit alimentaire.

En ce qui concerne l'éducation, le taux d'analphabétisme est un des plus élevés de la sous-région atteignant 71% de la population avec un taux brut de scolarisation (TBS) global au primaire est passé de 74,8% en 2017 à 68,3% en 2021. Le taux brut de scolarisation (TBS) des filles au primaire est passé de 69,0% en 2017 à 64,4% en 2021.

Sur le plan social, les inégalités de genre demeurent importantes. L'indice de développement humain est de 0,321 pour les femmes et 0,443 pour les hommes. L'indice de développement du genre estimé est de 0,724. Ces inégalités sont encore plus perceptibles à travers l'indice d'inégalité entre les sexes, qui reflète les écarts entre trois domaines : (a) la santé reproductive (b) l'autonomisation ; et (c) l'activité économique des femmes ; pour lequel le Niger enregistre 0,642. Ces résultats, reflètent le faible accès des femmes aux services de santé reproductive et leur faible statut social et leur manque d'autonomisation économique. Sur le plan économique, malgré la conjoncture internationale difficile, le pays a pu maintenir une croissance économique assez importante avec en moyenne un taux de 6,7% sur la période 2017-2021. Toutefois, ce taux reste encore en deçà du taux de croissance de 7% requis pour lutter efficacement contre la pauvreté. L'arrivée massive de jeunes Nigériens dans le marché du travail sans débouchés augmente les charges qui pèsent sur l'Etat. La dernière enquête relative à l'emploi au Niger indique que le taux de chômage au sens du BIT est évalué à 4,6% en 2017 (ERI-ESI, 2017)⁴, ce taux variant entre 2 (Diffa) et 6,4% (Niamey) selon les régions. En y intégrant les individus n'ayant pas recherché un emploi sur la période considérée mais disponible pour travailler, le taux de chômage s'élèverait à 28,8% des personnes âgées de 15 ans et plus. Les régions de Maradi (5,7 vs 38%), Tillabéri, (4,8 vs 31,5%) et de Zinder (7,0 vs 33,3%) seraient plus touchées par le phénomène. Le sous-emploi lié au temps de travail et du chômage atteint pratiquement touche un tiers de la population active (29,8% dont 27,2% chez les hommes contre 35,7% chez les femmes ; ERI/ESI, 2019). Cette moyenne cache le caractère erratique de la croissance lié à la persistance des chocs survenus au cours de cette période, notamment les aléas climatiques (inondation, irrégularité des pluies, etc.), les menaces sécuritaires aux frontières avec la Libye, le Mali, le Nigéria, le Burkina, le Tchad, et l'Algérie et la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Ces éléments expliquent que le Niger occupe toujours la dernière place en termes de classement d'Indice de Développement Humain qui était estimé à 0,386 en 2017 à 0,377 en 2020 (PNUD 2021).

Sur le plan sécuritaire, l'impact de l'insécurité sur le système de santé s'est manifesté par : (i) la fermeture de formations sanitaires dans certaines localités, (ii) une insécurité

⁴ Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (ERI-ESI, 2017)

du personnel de santé qui craint les agressions et (iii) les attaques sur les ressources (infrastructures, ressources y compris des intrants pour l'offre de service).

1.3.4. Le cadre général de la planification sanitaire

L'élaboration du PDSS 2022-2026 s'inscrit dans le cadre du développement économique et social national. Ainsi, il tient compte du contexte politique, stratégique, budgétaire et opérationnel caractérisé par :

- la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035, dont les objectifs sont : (i) créer un cadre global et prospectif de gestion du développement, de réflexion nationale sur le futur lointain et l'édification d'une vision commune d'un projet de société ; (ii) inscrire des politiques de développement dans une perspective plus large et plus globale pour préparer, dès aujourd'hui, l'avenir du Niger, (iii) assurer une plus grande lisibilité aux politiques et stratégies de développement et (iv) constituer la source d'inspiration et le point d'ancrage du prochain Plan de Développement Economique et Social PDES. La note de formulation de la SDDCI Niger 2035 a été adoptée par le décret N°2014-014 du 9 janvier 2014 ;
- le Programme de Renaissance acte III du Président de la République qui est un engagement du Président du Niger à réaliser les grands objectifs des principaux secteurs de développement. Sur le plan sanitaire, ce programme vise notamment la réduction du taux de mortalité maternelle, la construction d'infrastructures sanitaires, la lutte contre les maladies non transmissibles et transmissibles, le recrutement de personnels de santé en quantité et en qualité ;
- la Politique Nationale de Santé (PNS 2016-2035) est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. ;
- la Politique Nationale de Population dont l'objectif général est la maîtrise des leviers de la croissance démographique ;
- la Politique Pharmaceutique Nationale avec pour principes cardinaux la bonne gouvernance, notamment la redevabilité et la transparence à tous les niveaux du système pharmaceutique et la satisfaction des patients ;
- la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) 2017-2025 et son plan d'Action (2021-2025) ;
- le PDSS 2022-2026 est une traduction sectorielle du Plan de Développement Économique et Social (PDES) du Niger ;
- le Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses (DPPD), qui assure la congruence entre les résultats attendus et les ressources financières engagées, dans une optique de Gestion Axée sur les Résultats ;
- les Plans d'Actions Prioritaires Pluri Annuels (PAP/PA) qui sont la traduction opérationnelle du PDSS, reprenant les activités par année et par programme, aux niveaux opérationnel, intermédiaire et central et des Plans d'Actions Annuels (PAA) aux 3 niveaux du système de santé : central, régional et district. Le cadre de planification sanitaire est présenté dans le schéma suivant :

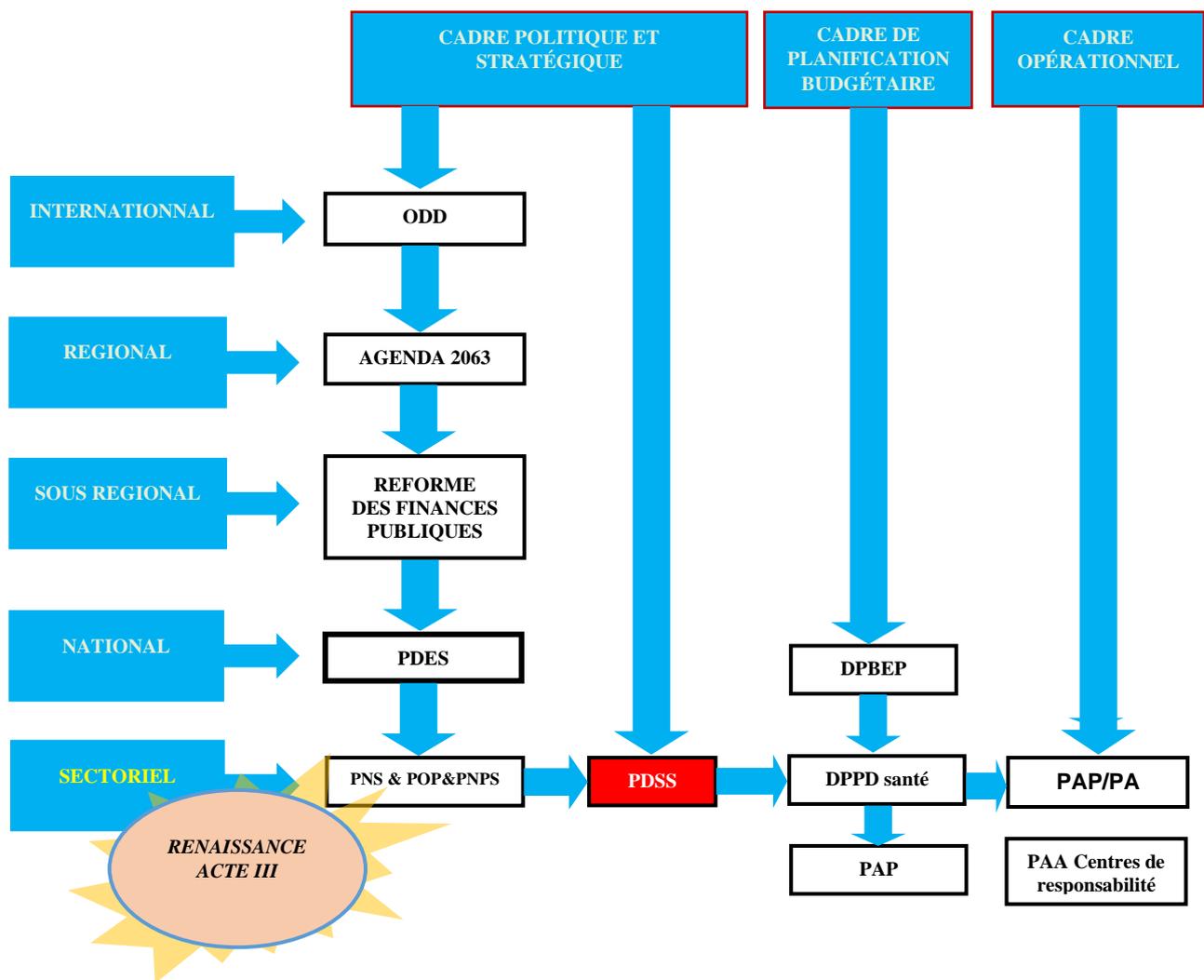


FIGURE 1: CADRE DE PLANIFICATION

1.4 Justification et démarche méthodologique

Le PDS 2017-2021 est arrivé à terme. Des efforts considérables ont été faits dans le sens de réduire la mortalité et la morbidité de la population nigérienne. L'élaboration d'un nouveau PDSS s'impose pour assurer la continuité, consolider les acquis et tenir compte des recommandations de l'évaluation (interne et externe, à mi-parcours) du précédent PDS, de la nouvelle organisation du MSP/P/AS et de l'évolution des contextes nationaux, régionaux et internationaux.

Le processus d'élaboration a été à la fois ascendant et descendant, mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle, qui a impliqué toutes les parties prenantes (Prestataires, collectivités territoriales, PTF des secteurs santé et nutrition, secteurs connexes, société civile, secteur privé, les utilisateurs, les élus, les décideurs...). Le processus global d'élaboration du PDSS, focalisé sur l'atteinte des ODD, a été organisé selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et l'approche budget programme conformément aux documents nationaux, notamment le guide méthodologique d'élaboration de plan stratégique au niveau ministériel et celui

d'élaboration des cadres stratégiques sectoriels qui ont été élaborés par le Ministère du Plan. Il a bénéficié du concours des experts nationaux et internationaux. Il a été conduit en plusieurs étapes selon un processus itératif : (i) la mise en place des différents comités, (ii) l'analyse situationnelle, (iii) l'élaboration des orientations stratégiques, (iv) la rédaction du premier draft du PDSS stratégique, (v) la validation technique du PDSS (vi), la finalisation du PDSS 2022-2026, (vii) et l'adoption du PDSS par le Gouvernement.

Sur le plan organisationnel, le MSP/P/AS a mis en place deux comités ad hoc : (i) le Comité Technique d'élaboration du PDSS placé sous l'autorité du Secrétaire Général du MSP/P/AS et (ii) le Comité de Pilotage sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales regroupant l'ensemble des acteurs du système (MSP/P/AS, autres ministères, PTF, secteur privé...).

Pour des raisons pratiques, le Comité Technique a mis en place un sous-comité restreint, chargé de produire les documents à soumettre à l'approbation du Comité Technique.

L'élaboration des orientations stratégiques (objectifs, résultats et stratégies) a été réalisée à travers une analyse de la situation faite selon les six (6) piliers du système de santé définis par l'OMS. Par ailleurs, deux piliers ont été ajoutés en vue de compléter les analyses, en conformité avec les nouvelles attributions du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales pour prendre en compte les questions de population et des affaires sociales. Ceci a permis d'identifier les principaux problèmes auxquels le secteur est confronté.

Une analyse causale des problèmes identifiés a permis de déterminer : (i) le problème central, ses causes et ses conséquences, (ii) la définition des objectifs, (iii) la définition de la chaîne des résultats et de la théorie de changement, (iv) la description des principaux axes stratégiques, (v) la détermination du cadre logique l'analyse et la gestion des risques.

A ensuite eu lieu (i) la détermination des programmes pour la mise en œuvre du PDSS, (ii) l'estimation des besoins financiers du PDSS 2022-2026, (iii) les modalités de mise en œuvre et de suivi et évaluation.

A chaque phase, une validation des documents produits a été effectuée par le Comité Technique et le Comité de Pilotage. Au préalable, tous les documents produits ont été soumis aux responsables des structures centrales et déconcentrées pour amendement.

Le processus a aussi bénéficié de l'appui d'une expertise internationale mise à disposition par l'OMS.

Dans le but d'associer toutes les parties prenantes dans le processus, un partage systématique des documents produits a été fait par le Comité Restreint à travers les e-mails et des séances de travail. La conduite de ce processus a connu un certain nombre de limites, parmi lesquelles on peut noter la non disponibilité de certains acteurs/ structures.

1.5 Présentation du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

1.5.1 Le rappel des attributions

Le décret n°2021-319/PM du 11 mai 2021, précisant les attributions des membres du Gouvernement, stipule en son article 8 que « Le Ministre de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales est chargé, en relation avec les autres Ministres concernés : (i) de la conception, de l'élaboration, (ii) de la mise en œuvre, (iii) du suivi et (iv) de l'évaluation de la politique nationale en matière de Santé Publique, de Population et d'Affaires Sociales, conformément aux orientations définies par le Gouvernement ».

A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

- la définition de la politique et l'élaboration des stratégies nationales en matière de Santé Publique ;
- la conception et la mise en œuvre des programmes et projets en matière de Santé Publique ;
- la définition des normes et critères en matière de Santé Publique et d'Hygiène, ainsi que le contrôle et l'Inspection des services sanitaires sur l'ensemble du territoire national ;
- l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation régissant le secteur de la Santé Publique ;
- la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions des différents acteurs dans le secteur de la Santé Publique ;
- la définition et la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de population ;
- la conception et la mise en œuvre des programmes et projets nationaux en matière de population ;
- l'élaboration et l'application de la réglementation en matière de population ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de formation, d'information, de sensibilisation et de la mobilisation des populations ;
- la participation à la conception et à la réalisation des investissements collectifs relatifs aux personnes handicapées ;
- la collecte, le traitement et la diffusion d'informations sur les questions de population ;
- la réalisation et la diffusion des études et recherches en matière de population ;
- la coordination de toutes les actions de contact et de concertation avec les partenaires intervenant dans les domaines de la population ;
- la coordination des interventions des partenaires internationaux dans son domaine de compétence ;

- le suivi et la prise en compte des variables démographiques dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et projets de développement ;
- le suivi de l'application des conventions et traités sur les questions de population ratifiés par le Niger ;
- la participation à la conception et à la réalisation des investissements collectifs de base ;
- la participation à la conception et à la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de recensement général de la population et des enquêtes démographiques en rapport avec les services concernés ;
- la gestion des relations avec les organismes nationaux intervenant dans son domaine de compétence ;
- la mise en œuvre des actions pour un changement de mentalité et de comportement nécessaire aux réformes sociales ;
- l'appui et l'encadrement en faveur des structures locales et régionales œuvrant dans son domaine de compétence ;
- le développement et le renforcement des relations avec les organisations et institutions internationales intervenant dans son domaine de compétence, en relation avec le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération.

1.5.2 Le cadre organisationnel

Selon le décret N° 2021-325/PRN/MSP/A/AS du 13 mai 2021, portant organisation du MSP/P/AS, il est organisé ainsi qu'il suit : (i) une administration centrale, (ii) des services déconcentrés, (iii) des services décentralisés, (iv) des programmes et des projets publics.

- l'administration centrale comprend : (i) le Cabinet du Ministre, (ii) le Secrétariat Général, (iii) l'Inspection Générale des Services, (iv) les Directions Générales, (v) les Directions Nationales, (vi) les Organes Consultatifs et (vii) les Administrations de Mission.
- les services déconcentrés du MSP/P/AS sont les suivants : (i) les Directions Régionales de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, (ii) les Directions Départementales de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales.

Toutefois, en cas de besoin, d'autres services extérieurs peuvent être créés sur proposition du MSP/P/AS.

- les Services Décentralisés sont constitués : (i) d'Etablissements Publics, (ii) de Sociétés d'Etat, et (iii) de Sociétés d'Economie Mixte.
- les Programmes et Projets Publics peuvent être érigés en une ou plusieurs activités en programmes et projets. Les objectifs, l'organisation et les règles de fonctionnement de ces projets et programmes sont précisés par voie réglementaire et leur mise en œuvre se fait en référence aux cadres logiques qui déterminent les résultats attendus au moyen d'indicateurs clairement énoncés.

II. ANALYSE DES PARTIES PRENANTES DU PDSS

2.1 Principales parties prenantes

La mise en œuvre du PDSS 2022-2026 va concerner et mobiliser une grande diversité de parties prenantes. Les grandes catégories d'acteurs, les groupes qu'elles agrègent et leur niveau d'implication dans la mise en œuvre du PDSS sont résumés dans le tableau suivant.

TABLEAU N° 1 : PRINCIPALES PARTIES PRENANTES

Catégories	Concernés	Type
Utilisateurs	Les hommes, les femmes, les adolescents/jeunes et les enfants	Primaire (bénéficiaire)
	Groupes vulnérables (Personnes âgées, les enfants, personnes en situation de handicap, indigents, enfants des rues, malades chronique, personne souffrant de maladie mentale etc.)	
	Les réfugiés, les retournés, les déplacés internes et externes, victimes des catastrophes et des conflits	
	Entreprises privées, para publiques et publiques	
Administration	Les pouvoirs exécutif, législatif et juridique	Secondaire
	Les services techniques du secteur de la santé	
	Les assurances	
	Administration déconcentrée et décentralisée	
	Les Elus (Parlementaires, conseils régionaux, communaux...)	
Les Société civile	Les syndicats du secteur de la santé et de l'action sociale	Secondaire
	Les ONG et les associations nationales du secteur de la santé	
	Leaders d'opinion : Autorités coutumières, Autorités religieuses	
	Les structures de participation communautaires (COGES/COSAN)	
	La diaspora	
	Les ordres des différents corps de santé	
	Les Sociétés savantes (SGON, ASFN, ASNIPED, Groupements féminins)	
Les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs)	Bilatéraux	Secondaire
	Multilatéraux	
	Les Agences des Nations Unies, les ONG internationales, les fondations et autres donateurs étrangers	
Les Prestataires	Les professionnels de soins et services du secteur public	Primaire
	Les professionnels de soins et services du secteur privé	Affectés
	Les établissements pharmaceutiques (établissements d'importation et de distribution en gros, les officines de pharmacie, les dépôts pharmaceutiques etc.)	
	Fournisseurs, Consultants, Cabinets d'études	Secondaire
	Les tradipraticiens	
	Les Agents de Santé Communautaire et Rcom	
Les Institutions de Formation et de Recherche	Les centres de formation : FSS, Ecoles et Instituts privés de santé, Ecoles et instituts publics de santé	
	Les centres de recherche : CERMES, FSS, Faculté des Sciences, IRI, CNRD, CNRP, LANSPEX, INS, LASDEL, CPADS, URC	

Les attentes, les problèmes majeurs, les craintes de ces différentes parties prenantes sont multiples et résumés en annexe 3.

2.2 Influence et soutien des parties prenantes au PDSS

De façon générale, les parties prenantes rencontrées soutiennent les objectifs du PDSS. Néanmoins, leur niveau d'adhésion et d'influence sur la mise en œuvre du PDSS aux différentes échelles, selon des modalités qui leurs sont propres, varient. Le schéma ci-dessous cartographie le positionnement de chaque groupe de parties prenantes en fonction de son degré de soutien et d'influence à la mise en œuvre du PDSS.

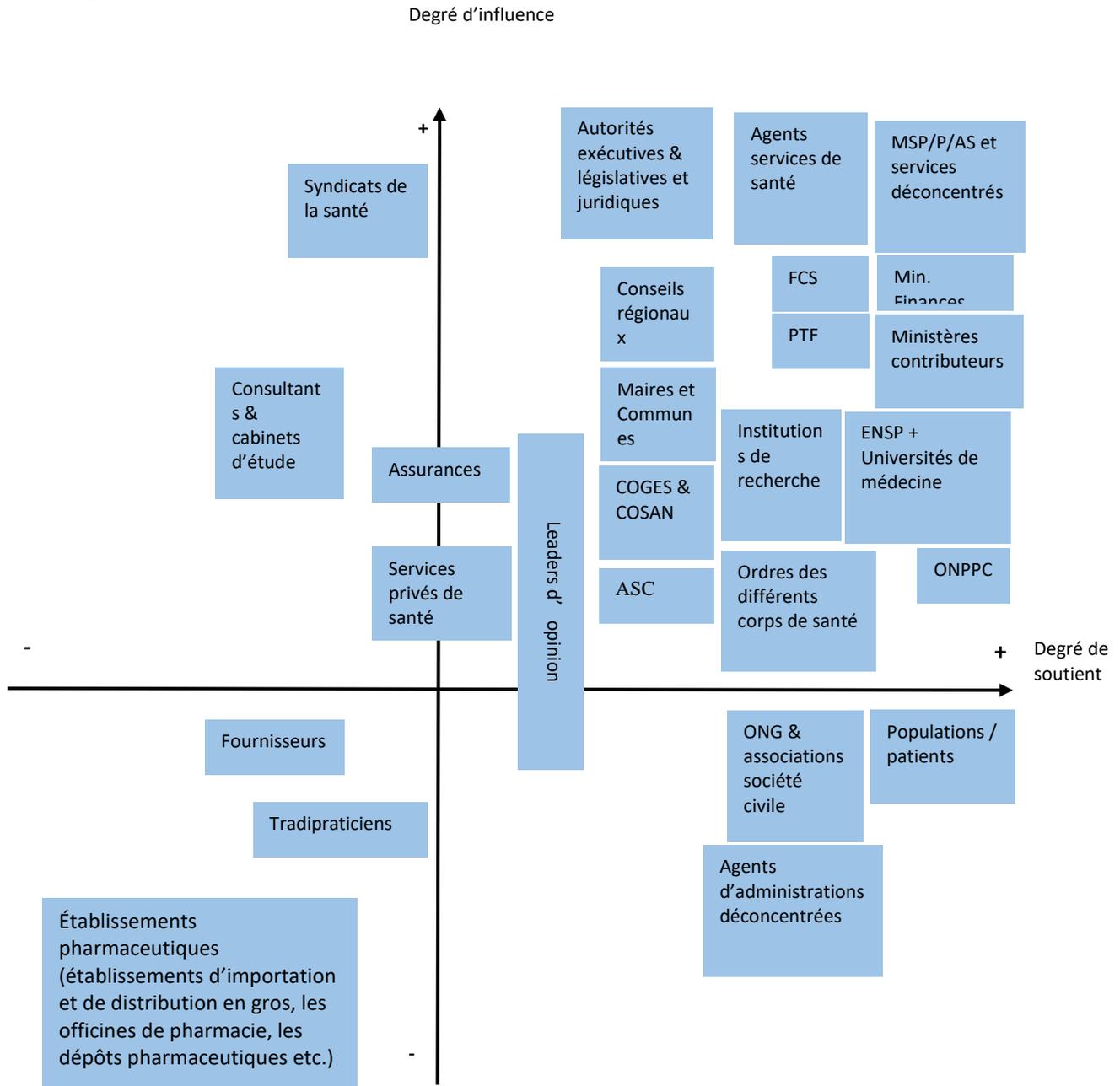


FIGURE 2: DEGRE D'INFLUENCE ET DE SOUTIEN DES PARTIES PRENANTES

2.2.1. Les priorités et stratégies pour faciliter l'engagement des parties prenantes pour la mise en œuvre du PDSS

La mise en œuvre du PDSS implique une mobilisation d'une multitude d'acteurs. Certains font déjà preuve d'un engagement important, qui doit être entretenu et renforcé, parfois canalisé. D'autres sont des acteurs clefs qui doivent faire l'objet d'une attention particulière ou de stratégies en vue de favoriser leur engagement de manière à faciliter la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs du PDSS.

Des analyses qui précèdent, les priorités et axes de travail suivant sont retenues pour faciliter la mise en œuvre du PDSS :

Conseils régionaux et Mairies et articulation avec les techniciens locaux. Poursuivre et renforcer la stratégie de médicalisation des CSI de type 2 dans les chefs-lieux de commune pour faire/renforcer la fonction de ces personnels à être les conseillers des maires sur les sujets de santé dans leur commune. Continuer de renforcer l'articulation des DRSP/P/AS avec les conseils régionaux dans la même logique.

COGES-COSAN : les COGES et COSAN constituent les acteurs de planification, de l'évaluation et de gestion financière et opérationnelle au niveau des structures sanitaires et des départements. Ils sont les représentants des communautés. A ce titre, ils sont des acteurs clefs du système de santé. Néanmoins leur fonctionnement a été affaibli par le manque de renouvellement de ces structures (élections), d'accompagnement (formation, suivi...) et la réduction des budgets des structures (notamment du fait des problèmes de la politique de gratuité). Dans le cadre des stratégies ambitieuses qui seront engagées dans ce PDSS, le renouvellement de ces structures depuis la base et leur accompagnement constitue une grande priorité.

Les PTF regroupent un ensemble hétérogène d'acteurs, avec des priorités, des moyens et des stratégies qui diffèrent. L'alignement des partenaires sur les priorités du PDSS, dans le cadre de la lettre de la déclaration de Paris constitue une priorité. Dans ce cadre, la réforme des mécanismes de coordinations engagée sera poursuivie et devra être menée à bien. De même, les PTF doivent autant que faire se peut rejoindre des initiatives alignées sur les priorités du PDSS, notamment en assurant son financement par le canal du Fonds Commun Santé pour la dimension d'appui à l'offre de soins et via l'INAM pour les approches visant à stimuler la demande et l'orientation sur l'achat stratégique.

Services privés de santé : ici encore on constate une grande diversité d'acteurs dont les contributions et engagements dans l'atteinte des objectifs du PDSS varient. Certaines contributions sont locales, d'autres sont d'une grande importance et constituent des structures clefs dans l'offre de soins (Hôpital SIM, CURE...). Ces acteurs doivent être organisés en vue d'être mieux intégrés et d'assurer une contribution effective et documentée à l'atteinte des objectifs du PDSS. Un cadre de concertation de ces acteurs a été initié au cours du PDS passé. La collaboration avec la Plateforme du Secteur Privé de la Santé devra d'être renforcée afin de parvenir aux objectifs du PDSS.

Les conditions d'exercice de ces structures et la qualité des soins prestés seront au cœur des mécanismes de contrôle portés par une Inspection Générale de Services

(IGS) renforcée et suivi dans le cadre des supervisions des ECD. Le renouvellement des autorisations d'exercice sera également conditionné à la promptitude, complétude et cohérence des données sanitaires transmises à la DS. Ce cadre de concertation renforcée et l'attention accrue accordée à la qualité des soins, à la régulation de l'Etat et au reportant renforcera la contribution de ces acteurs à l'atteinte des objectifs du PDSS.

Leaders d'opinion : les leaders traditionnels et religieux apportent des appuis différents aux objectifs du PDSS en fonction de leurs positionnements personnels et croyances sur certains enjeux. Si leur appui est en règle générale acquis, il reste difficile sur les questions qui touchent la santé maternelle, néonatale, infantile, notamment liées à la tradition, notamment sur les enjeux de la Planification Familiale et de la SSR des adolescents et des jeunes. La poursuite du travail de sensibilisation et de plaidoyer sur ces sujets sera nécessaire appuyées par une cartographie renforcée.

Acteurs de la formation en santé : la multiplication des écoles privées de santé a démontré des limites en matière de formation des agents de santé notamment du fait de l'insuffisance de régulation concernant leur implantation et le suivi/contrôle. Le MSP/P/AS s'est engagé dans un travail de régulation et de renforcement de l'offre de formation dans les écoles et Instituts publiques et privés de santé. Cette offre sera renforcée pour le secteur public avec le déploiement des ENSP et le renforcement de la formation dans les universités dans les régions. Cette stratégie sera poursuivie et doublée d'un travail de renforcement des standards en termes de cadre et de qualité de l'encadrement dans toutes les structures de formation qui sera conduit par une IGS renforcée.

Tradipraticiens : la contribution des tradipraticiens à l'offre de soins est importante mais difficile à évaluer du fait de l'éclatement de ces acteurs, de leur non enregistrement systématique et du peu de contrôle opéré sur leurs pratiques. Pour les associer aux résultats du PDSS le travail d'enregistrement de ces acteurs et d'appui à leur organisation à la base, en lien avec les structures sanitaires sera renforcé.

Acteurs de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé : à cet effet, trois (03) réformes ont été entreprises par le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) pour la mise en place d'une chaîne unique d'approvisionnement. Cette chaîne unique vise à assurer à toutes les populations nigériennes où qu'elles se trouvent l'accès équitable à des médicaments et autres produits de santé de qualité pour une prise en charge intégrale de problèmes de santé qu'elles rencontrent en privilégiant la distribution desdits produits jusqu'au dernier kilomètre. Elle sera principalement centrée sur l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) sous la coordination de la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT avec comme préalable un alignement des PTF. Les fournisseurs privés conservent une fonction d'acteurs de deuxième ligne. Ces différents acteurs seront mobilisés dans un cadre réglementaire et de moyens de contrôle de la qualité des médicaments renforcés. Ce cadre doit permettre d'appuyer le travail engagé par le MSP/P/AS appuyé par les différentes parties prenantes notamment la douane et les forces de défense et de

sécurité avec en premier plan l'OCRTIS pour la lutte contre les médicaments de qualité inférieure et falsifiés et le trafic illicite des médicaments.

Mutuelles et assurances : la création de l'INAM au cours du PDSS constitue un cadre unique de travail sur l'achat stratégique et de mise en synergie des méthodes et techniques de l'assurance au service d'objectifs de santé publique. Le cadre de l'INAM à court terme puis de la CNAAM, en fin de PDSS ou dans le prochain, doit permettre de renforcer la protection contre les dépenses exceptionnelles de santé et d'articuler les différents régimes de protection.

Acteurs de la recherche et de la formation universitaire : le champ de la recherche en santé est dominé par les universités et quelques laboratoires de recherche. L'articulation avec la production des politiques publiques et la formation devra être renforcée à travers des cadres de coordination et opérationnels (Centres Hospitaliers notamment) à développer et renforcer de manière à éclairer les choix stratégiques par des données probantes issues de la recherche.

Syndicats et Ordres socio-professionnels : un cadre de concertation très étroit a été développé par le MSP/P/AS avec les différents syndicats et ordres. Cela a permis de construire des consensus et d'éviter des grèves qui ont longtemps impacté la continuité et la qualité de l'offre de soins. Ce travail devra être poursuivi en cherchant à orienter les logiques syndicales et des ordres des différents personnels de santé vers les objectifs de santé publique du PDSS.

2.2.2. L'analyse de l'influence et de l'importance

Les appréciations de ces critères sont les suivantes : l'importance pour la partie prenante considérée : élevée, moyenne et faible et l'influence de la partie prenante sur les décideurs : faible, moyenne et élevée.

Il ressort de l'analyse des parties prenantes (voir annexe N°4) les résultats suivants :

- les parties prenantes qui ont une forte influence et une forte importance sont (i) les hommes, les femmes, les enfants adolescents, (ii) les autorités exécutive et législative (iii) les agents des services techniques du secteur de la santé, (iv) les agents de l'administration déconcentrée et décentralisée, (v) les PTFs bilatéraux et multilatéraux, (vi) les professionnels du secteur public et (vii) les leaders d'opinions ;
- les parties prenantes qui ont une influence moyenne et une importance moyenne sont : les services privés de santé : (i) les fournisseurs, (iii) les établissements pharmaceutiques, (iii) les ONG et Associations, (iv) les institutions de recherche, (v) les sociétés savantes, (vi) les groupements féminins et (vii) les ordres des différents corps de santé ;
- les parties prenantes ayant une faible influence et une faible importance sont (i) la diaspora, (ii) les assurances, (iii) les tradipraticiens, (iv) les groupes vulnérables.

III. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

3.1. Etat épidémiologique national

Selon les données de la Banque Mondiale, au Niger, le taux de mortalité a connu une baisse passant de 8,53 pour 1000 en 2017 à 7,82 pour 1000 en 2020 et parallèlement, l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée, passant de 61,60 ans en 2017 à 62,79 ans en 2020. Malgré cette évolution significative, l'état de santé de la population nigérienne reste encore très préoccupant et de nombreux défis doivent être relevés comme l'illustre l'analyse épidémiologique ci-dessous.

3.1.1 Les maladies transmissibles

3.1.1.1 Le paludisme

Au Niger, le paludisme demeure un problème central de santé publique. Son impact socio sanitaire est important, il constitue une des premières causes de morbidité et de mortalité selon les statistiques sanitaires 2020.

Le profil épidémiologique du paludisme au Niger révèle une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies (de juin à décembre), avec une létalité relativement élevée. Les couches les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

L'incidence du paludisme pour 100 000 habitants est passée de 15 961 en 2017 à 17 176 en 2021 avec un pic à 22 608 en 2020 due probablement aux très fortes pluviométries enregistrées cette année-là, ayant occasionné des inondations dans plusieurs zones de toutes les régions du pays. Cette évolution s'opère malgré la mise en œuvre des interventions à haut impact visant la réduction de la morbidité et la mortalité liées au paludisme notamment : les campagnes de distribution de masse des MIILDA, la CPS, la distribution des MIILDA en routine pour les femmes enceintes et les enfants en consultation nourrisson, la mise en place des ACT dans les structures de soins...

L'ouverture de 1630 structures de soins entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2021, la prise en compte des données des cases de santé et celles des relais communautaires dans la notification des cas expliquent en partie cette évolution à la hausse. La question de la qualité de la mise en œuvre de ces interventions à haut impact se pose néanmoins. Les dimensions de suivi, de supervision et aussi de mise en application des mesures d'accompagnement / de réforme doivent être renforcées.

On note des variations importantes de l'incidence selon les régions.

TABLEAU N° 2: INCIDENCE DU PALUDISME DE 2017 A 2021 PAR REGION

REGION	ANNEE 2017	ANNEE 2018	ANNEE 2019	ANNEE 2020	ANNEE 2021
AGADEZ	7627	6961	7658	14761	7418
DIFFA	10817	12658	11453	16102	7728
DOSSO	10456	19894	24535	25129	22780
MARADI	21215	20716	18445	21633	13852
NIAMEY	6457	21143	24971	8340	6588
TAHOUA	49541	12690	17343	27722	17965

TILLABERI	16928	16067	20681	18466	15262
ZINDER	14619	15470	16194	76787	67430
NIGER	15961	16620	18700	22608	17176

Source : Rapport d'activités du PNLP

D'autres facteurs explicatifs de la situation épidémiologique doivent être considérés. Dans le domaine de la lutte anti vectorielle, les études de suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides de 2017 à 2019 dans les sites sentinelles ont montré une résistance confirmée, avérée avec une intensité élevée pour tous les pyréthriinoïdes testés (Deltaméthrine, Perméthrine, Alphacyperméthrine et Lambda-cyhalothrine). La préexposition au Piperonylbutoxide (PBO) a conduit à une restauration partielle de la mortalité aux pyréthriinoïdes notamment la deltaméthrine dans tous les sites sillonnés, indiquant une implication de deux (2) mécanismes de résistance (Kdr et métabolique dû aux mono- oxygénases) sous-jacent avec cette famille d'insecticide. Il est donc nécessaire d'introduire les MIILDA à base de deltaméthrine combinée au PBO dans au moins les districts sanitaires où le taux de restauration de la mortalité avec PBO a été d'au moins 50% par rapport à la dose diagnostique.

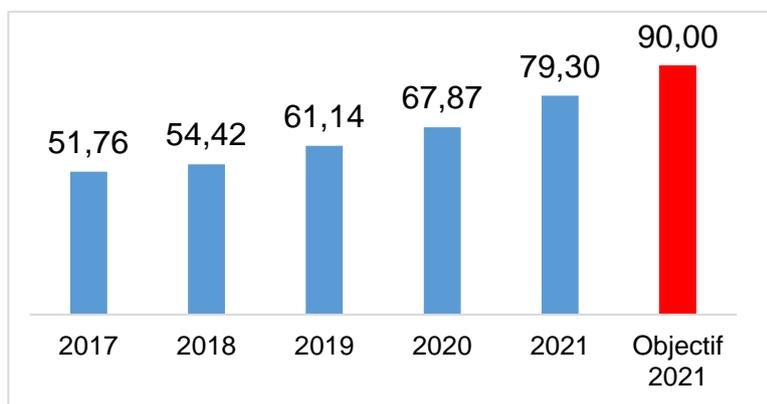
En ce qui concerne le suivi de la résistance et les difficultés de la Pulvérisation Intra domiciliaire (PID) et conformément au plan national de suivi et de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, la surveillance de la sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides a montré une résistance aux pyrethriinoïdes qui est la classe d'insecticides jusque-là utilisée pour la fabrication des Moustiquaires à longue durée d'action dans les 15 sites du Niger. Le bénéfice de la hausse de la mortalité après la préexposition au PBO observée au cours des études de suivi de la sensibilité des vecteurs a conduit le PNLP à opter pour l'introduction des MIILDA avec PBO mais aussi des Moustiquaires Interceptor G2 (IG2) au Niger dans le cadre de la campagne de distribution massive et gratuite des MIILDA en 2022 dans 49 districts sanitaires.

Les défis pour ce PDSS 2022-2026 dans le cadre de lutte contre le paludisme restent la poursuite de la mise en œuvre de toutes des interventions déjà en vigueur, l'amélioration de la qualité de leur suivi, leur extension aux zones non encore cibles, le développement des interventions allant dans le sens de l'assainissement du milieu, la poursuite du renforcement de capacité des acteurs à tous les niveaux.

3.1.1.2 Les IST/VIH/SIDA et hépatites

➤ Les IST/VIH/SIDA

La situation de l'épidémie du VIH/Sida au Niger est caractérisée par une prévalence faible au sein de la population générale. Cette prévalence a été estimée à **0,4%** selon l'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN-MICS 2012). Elle est d'environ **0,2%** (en 2020) selon les projections Spectrum.



En ce qui concerne les cibles 90-90-90, la figure ci-dessous nous donne l'évolution des personnes vivant avec le VIH sous ARV de 2017 à 2021

FIGURE 3: PROPORTION DES PV VIH SOUS ARV DE 2017 – 2021

Au Niger, le nombre de femmes enceintes ayant besoin de PTME est estimé à 1787 en 2020. La couverture PTME est estimée à 36,20%. Cette situation montre l'ampleur des efforts à fournir pour détecter les femmes enceintes séropositives et les mettre sous la thérapie ARV conformément aux normes nationales.

Par ailleurs, la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant constitue un lourd fardeau pour la Santé de la Mère et de l'Enfant. Malgré les avancées obtenues à la suite de la mise en œuvre du plan e-TME 2018-2020, le taux de transmission du VIH incluant la période d'allaitement reste élevé (27,38%), loin de l'objectif fixé de 2018 qui est de ramener le taux de transmission à moins de 5% en 2020. Avec ce taux de transmission, la TME a contribué à 42% du nombre total des nouvelles infections survenues au Niger en 2020.

➤ Les hépatites

Sur le plan épidémiologique au Niger, du fait de l'inexistence d'une enquête nationale de séroprévalence, les données restent parcellaires. Les études réalisées au sein de certains groupes de la population font état d'une prévalence variant entre 11% et 20% pour l'infection à hépatites B et de 1% à 3% pour l'infection à hépatite C (Rapport 2016 du MSP sur l'analyse de la situation des hépatites virales).

Une stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2022-2026 est en cours d'élaboration axée sur 5 volets à savoir : la vaccination, la prévention à travers le renforcement de la sécurité transfusionnelle et des injections, la promotion du dépistage de l'infection à hépatite B et C au sein de la population générale, l'institutionnalisation de la prise en charge des cas par la formation du personnel soignant et la dotation des centres de prise en charge en médicaments et intrants du bilan de suivi biologique et enfin la surveillance des cas.

La problématique de la coïnfection VIH/hépatites est véritablement un enjeu depuis 2018 avec la création du programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH) et un engagement politique affirmé au plus haut niveau.

3.1.1.3 La tuberculose

La tuberculose, maladie contagieuse, constitue un problème de santé publique du fait de sa morbi-mortalité. Les progrès de la lutte contre la tuberculose (TB) au Niger sont

la résultante des efforts conjugués du Ministère en charge de la santé et des Partenaires Techniques et Financiers qui ont toujours accompagné le PNLT dans la mise en œuvre des activités. Ces progrès ont valu le passage du taux d'incidence en-dessous de la barre des 100 nouveaux cas pour 100,000 habitants. L'incidence de la tuberculose au Niger est estimée à 84 nouveaux cas pour 100,000 habitants (WHO, Global TB report, 2019).

La prise en charge de la tuberculose est décentralisée au niveau de 240 Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) en 2020.

La figure ci-dessous nous donne l'évolution du taux de succès thérapeutique de la tuberculose par région de 2017 à 2020.

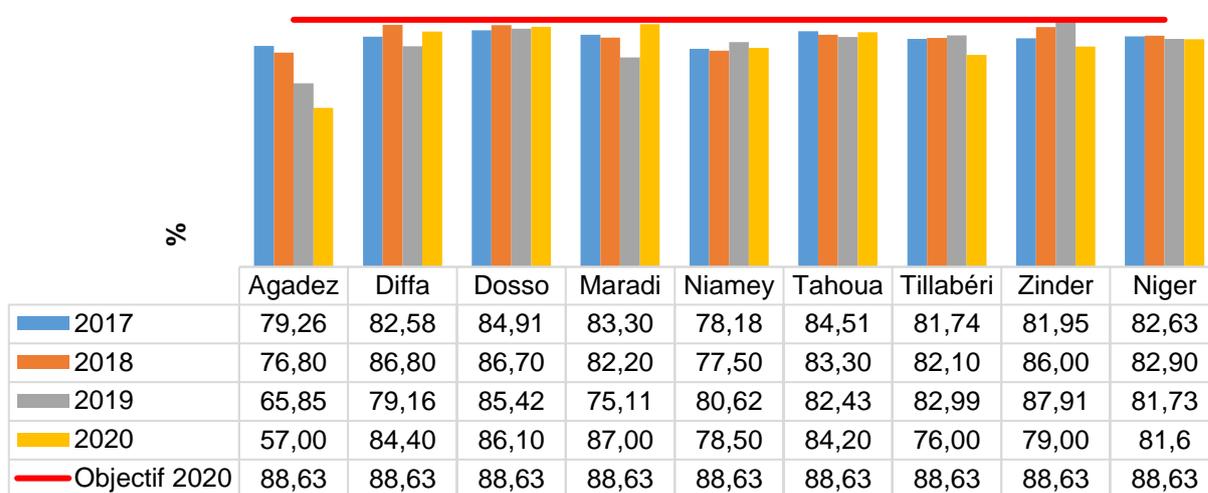


FIGURE 4: EVOLUTION DU TAUX DE SUCCES THERAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE PAR REGION DE 2017 A 2020

L'objectif de 88,6% fixé en 2020 n'a pas pu être atteint. Les performances ont été stables dans l'ensemble du pays au cours du précédent PDS. Le défi du PDSS est d'améliorer significativement cette tendance. Pour ce faire, l'opérationnalisation du Plan Stratégique National (PSN) TB 2022-2026, qui s'aligne aux directives internationales de l'OMS (Stratégie End TB) et aux documents stratégiques nationaux, est une priorité. Il ambitionne de réduire au minimum la morbidité et la mortalité par la tuberculose à l'horizon 2035. Il prend en compte différents axes stratégiques de lutte contre la tuberculose au Niger et cible notamment la TB-MR (estimée à 2,5% chez les nouveaux cas et à plus de 14% chez les cas préalablement traités) dont l'effectif est estimé à 290 cas parmi les cas de TB pulmonaire notifiés. Le même rapport estime à 16 pour 100000 habitants la mortalité par tuberculose en 2018 (rapport OMS, 2019).

La collaboration entre programmes (TB et VIH) a été renforcée pour la prise en charge efficace de la coïnfection TB/VIH. C'est ainsi que 93% des patients tuberculeux testés pour le VIH et 75% des patients co-infectés TB/VIH bénéficiant d'un traitement ARV, selon le rapport du Programme National de Lutte contre la tuberculose en 2020. Cette collaboration a permis la mise en place de sites guichet unique TB/VIH débuté en 2020

dans les régions de Tahoua et Tillabéri avec l'appui de l'OMS et du Fonds Mondial et en cours d'extension dans les autres régions du pays.

3.1.2 Les maladies à potentiel épidémique

Le Niger, à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, est menacé par les maladies émergentes et ou récurrentes, la hausse de la résistance antimicrobienne et d'autres urgences de santé publique qui exercent une pression importante non seulement sur les services de santé, mais aussi sur les économies et la société dans son ensemble. Le contexte épidémiologique du Niger, est marqué par la répétition d'épidémies. Sur la période de mise en œuvre du PDS 2017 et 2021 la situation épidémiologique, s'est caractérisée par l'apparition des foyers d'épidémies à savoir : la méningite, le choléra, la rougeole, l'hépatite virale E, la COVID-19, et d'autres maladies à potentiel épidémique. Le tableau ci-dessous nous donne le récapitulatif de la situation des épidémies vécues au Niger de 2017 à 2021.

TABLEAU N° 3 : SITUATION DES EPIDEMIES VECUES AU NIGER DE 2017 A 2021

Morbidités	2017		2018		2019		2020		2021	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Rougeole	1 764	7	5 034	23	10 332	64	2 800	12	10 635	30
Méningite	3 412	232	1 168	120	1 192	90	600	46	1 577	89
Choléra	4	0	3 822	78	0	0	0	0	5 591	166
Coqueluche	323	0	517	0	583	0	320	0	353	0
Diphthérie	25	6	32	3	55	3	22	1	11	1
Tétanos Néonatal	7	4	9	2	12	3	1	1	2	2
Rage	7	7	2	2	2	2	0	0	0	0
PVDVc2	0	0	22	1	1	0	21	0	19	0
Hépatite Virale E	2 151	44	287	0	16	0	6	0	53	1

Par ailleurs, la récurrence des épizooties constitue, elle aussi un souci majeur. Il s'agit entre autres de celles de la Fièvre de la Vallée de Rift, la grippe aviaire, le charbon bactérien.

Plusieurs difficultés entravent la qualité de la surveillance notamment : l'insuffisance dans le financement des plans spécifiques de préparation et de réponse aux épidémies et autres événements de santé publique, l'insuffisance de formation des agents sur la SIMR3, l'insuffisance des moyens logistiques, l'insuffisance dans la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire, l'insuffisance de stock de vaccins pour les ripostes vaccinales, l'insuffisance de la logistique, le retard dans la conduite des

réponses aux épidémies et autres urgences sanitaires, l'insuffisance de réactifs et consommables de laboratoires, l'absence d'un système pérenne de transport des échantillons, l'absence d'un cadre de coordination multisectoriel pour la communication sur les risques en situation d'urgence,

Plusieurs plans et stratégies de lutte et de prévention ont été développées ou actualisées au cours de la période, notamment : le renforcement de capacités des acteurs à tous les niveaux en Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte (SIMR3/RSI 2005), l'élaboration du Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire (PANSS), l'approche « One Health » ou « Une seule santé », le Programme de renforcement de capacité des agents en épidémiologie d'intervention FETP-Front line, le Centre des Opérations des Urgences de Santé Publique (COUSP).

3.1.3 La malnutrition

Au Niger, 43,5% des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance et 12,5% sont émaciés. De plus, 71,8% des enfants de moins de cinq ans et 59% des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie⁵. Ces taux stagnent depuis plus de 10 ans. Les malnutritions seraient un facteur contribuant à 43% de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans⁶ affectant le Développement du Capital Humain.⁷

Les figures ci-dessous nous donnent les tendances de la malnutrition chronique (retard de croissance) et de la malnutrition aigüe globale au Niger de 2014 à 2021 avec une désagrégation de ces tendances par région de 2019 à 2021.

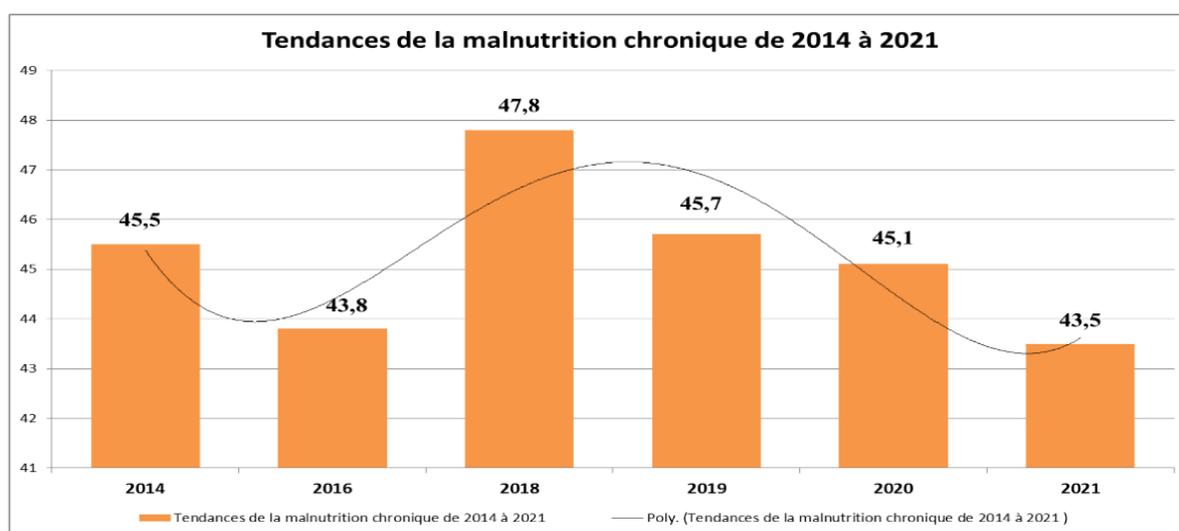


FIGURE 5: EVOLUTION DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE (RETARD DE CROISSANCE) AU NIGER DE 2014 A 2021

⁵ MSPPAF & INS. Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Niger, 2021

⁶ Gouvernement du Niger, NEPAD, PAM et ECLAC. Le coût de la faim en Afrique : l'incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant au Niger, 2018

⁷

https://databank.worldbank.org/data/download/hci/HCI_2pager_NER.pdf?cid=GGH_e_hcpexternal_ext

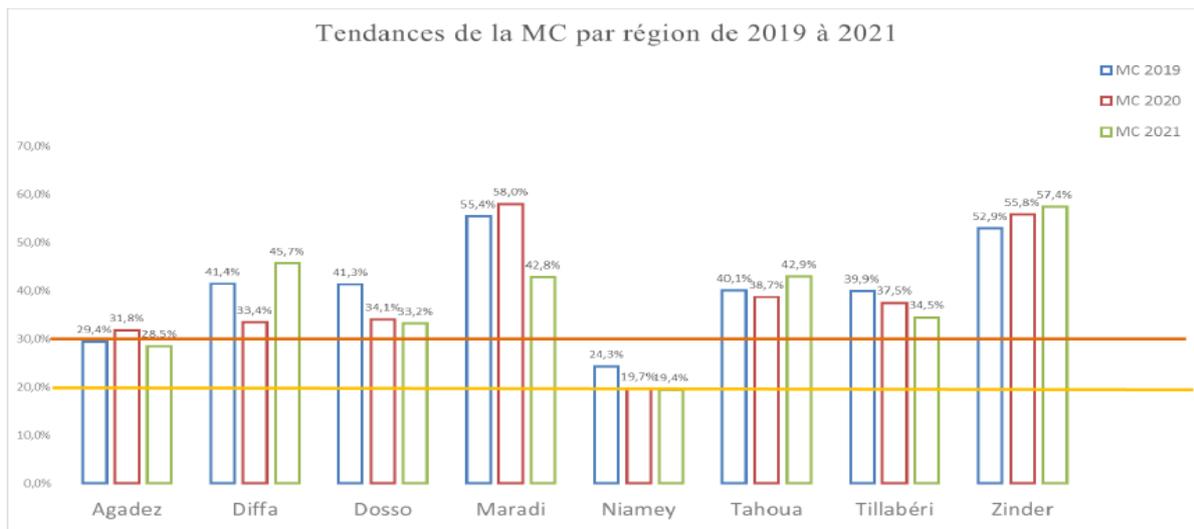


FIGURE 6: EVOLUTION DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE (RETARD DE CROISSANCE) PAR REGION DE 2019 A 2021

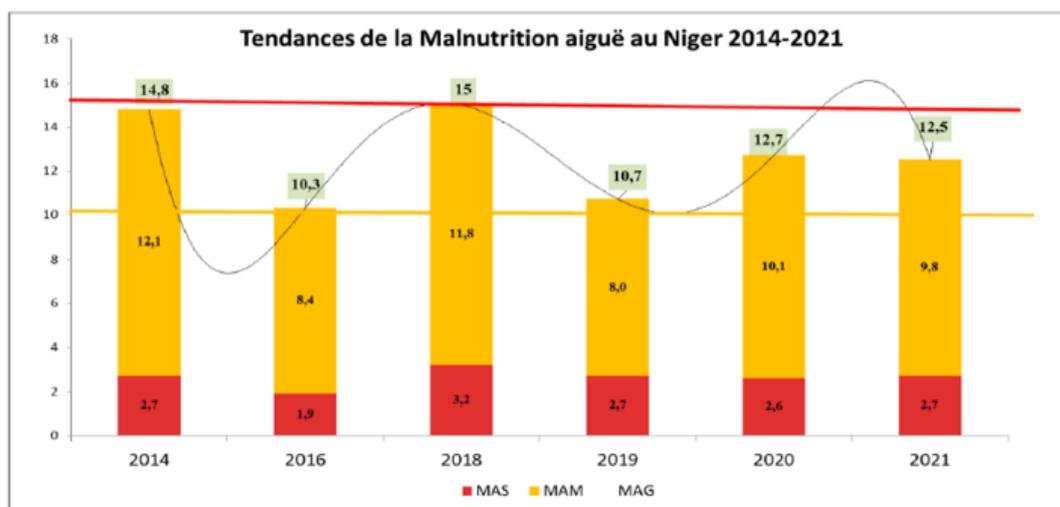


FIGURE 7: EVOLUTION DE LA MALNUTRITION AIGUË AU NIGER DE 2014 A 2021

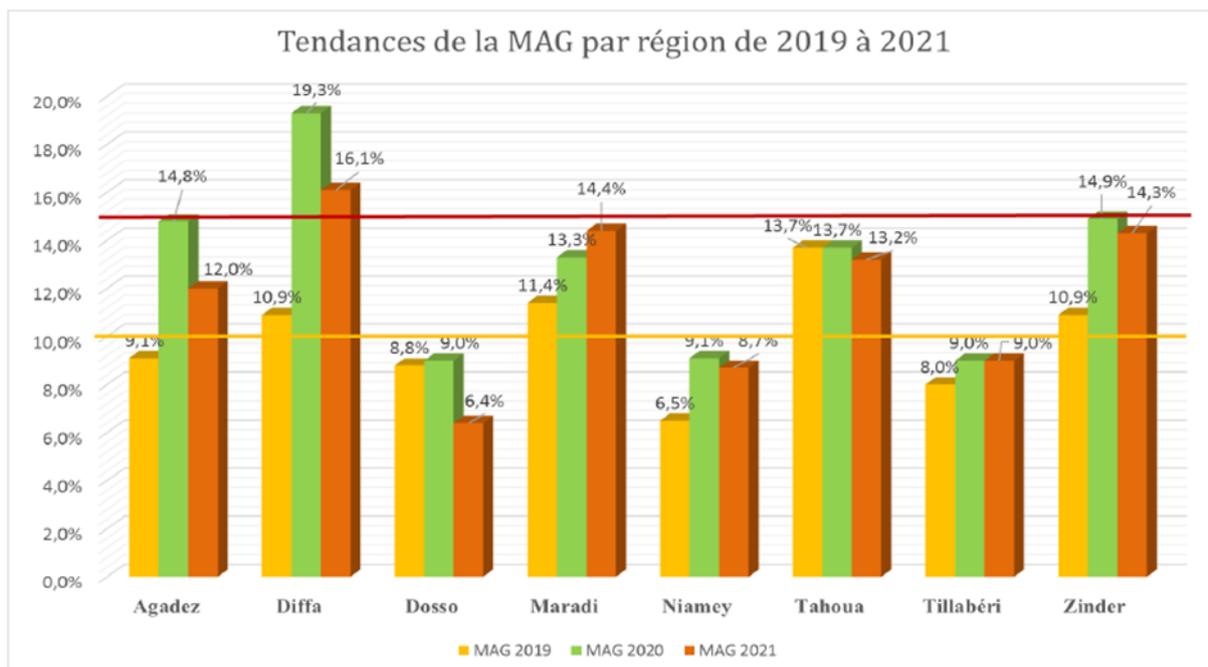


FIGURE 8: EVOLUTION DE LA MALNUTRITION AIGUË PAR REGION DE 2019 A 2021

Les disparités entre garçons et filles ne sont pas significatives contrairement à celles entre les régions. Les régions qui affichent les plus fortes prévalences⁸ de malnutrition des enfants de moins cinq ans sont Zinder, Maradi et Tahoua suivies de Tillabéri et Dosso. La malnutrition chronique concerne tous les groupes socio-économiques incluant les plus aisés⁹ suggérant des pratiques alimentaires et de soins inadéquats.

La malnutrition aiguë affecte principalement les ménages pauvres et celle-ci a été potentiellement exacerbée lors de la pandémie COVID-19 et par l'insécurité.

La malnutrition a des causes multiples et des déterminants, alimentaires et non alimentaires tout aussi nombreux. L'insécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages associée à une diversification alimentaire limitée, un accès limité aux services sociaux de base et leur faible utilisation, des infrastructures sanitaires et des pratiques de soins et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquat constituent les principaux déterminants de la malnutrition au Niger. A titre illustratif, seulement 19,5% des enfants de moins de deux ans ont un régime alimentaire minimum acceptable et le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ne dépasse pas 28,1% selon l'enquête SMART 2021. Les régimes alimentaires de la population nigérienne sont principalement fondés sur les aliments de base (céréales) et ne sont pas suffisamment diversifiés pour répondre à leurs besoins nutritionnels. Une alimentation qui couvre les besoins nutritionnels du ménage coûte deux fois plus chère qu'une alimentation énergétique avec respectivement 16-52% et 59-79% des ménages qui ne sont pas en mesure de s'offrir une alimentation énergétique et une alimentation nutritive.

⁸ Institut National de la Statistique. Estimation de la population révisée pour la période 2022-2024.

⁹ Gouvernement du Niger. Enquête Démographique et de Santé, 2012

Par ailleurs, le pays dispose d'une faible couverture en infrastructures d'hygiène et d'assainissement. En effet, 50,3% de la population, au niveau national, ont un accès à l'eau basique (c'est à dire accès à une source améliorée à moins de 30 minutes de trajet), 13,6% de la population au niveau national ont un accès à un assainissement basique (c'est à dire accès à une latrine améliorée non partagée) ou géré en toute sécurité (connecté à un réseau d'assainissement).

Certains déterminants, notamment, l'intervalle inter génésique rapproché, le mariage précoce, le faible niveau d'éducation de la mère et les comportements nutritionnels non optimaux, etc....constituent de véritables défis à relever.

Pour tendre vers les objectifs nationaux (Programme de Renaissance III et la PNSN 2021-2025) et internationaux (OMS 2025, ODD 2, N4G...), il est impératif pour le Niger et ses partenaires d'investir davantage dans la lutte contre la malnutrition. Le caractère multisectoriel et multifactoriel de cette lutte impose une approche sous forme de compendium d'actions en nutrition conformément aux orientations nationales (PNSN) et aux évidences scientifiques.

La logique d'intervention est guidée par une double intégration, i) intra sectorielle-santé, ii) intersectorielle avec les autres secteurs contributeurs sensibles à la nutrition. Au sein de la PNSN, le MSP/P/AS joue un rôle clé en étant responsable de 2 Engagements : assurer une nutrition optimale aux enfants et assurer la lutte contre le surpoids et l'obésité. Le cadre de redevabilité de chacun des axes du plan d'action de la PNSN démontre clairement les responsabilités du MSP/P/AS.

3.1.4. La vaccination de routine

Le paquet de maladies ciblées par le programme élargi de vaccination s'est renforcé ces dernières années pour prendre en compte les principales maladies tueuses (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, fièvre jaune, rougeole, hépatite virale B, infections à *Haemophilus influenzae* type b, diarrhées à rotavirus et infections à pneumocoques) avec pour cibles les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes.

Malgré les progrès observés ces dernières années, le Niger est encore loin d'atteindre ses objectifs car depuis 10 ans, la couverture vaccinale pour le pentavalent 3, la rougeole et d'autres antigènes fluctue entre 70 et 81% (WUENIC, 2019). Ces performances expliquent les épidémies de méningite et de rougeole récurrentes. Selon les résultats de l'enquête de couverture vaccinale de 2017 au Niger, seulement 38,2% des enfants ont été entièrement vaccinés, 43% des Districts Sanitaires ont enregistré une couverture vaccinale Pentavalent 3 inférieure à 80% et la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin varie de 0 à 15%, avec une moyenne nationale de 3,1%. En 2018, 46% des décès des moins de 5 ans étaient attribuables à des maladies évitables par la vaccination (pneumonie, diarrhée, méningite, rougeole, tétanos néonatal).

Sur le plan national en 2019 la couverture penta3 a connu une régression pour les enfants 0-11 mois passant de 101% en 2019 à 98% en 2020 (annuaire statistique). Cette baisse pourrait s'expliquer entre autres par l'insécurité, le déplacement des populations et la pandémie d la COVID-19.

L'allocation budgétaire annuelle pour le programme de vaccination au niveau central, qui est essentiellement consacrée à l'achat de vaccins et de consommables, reste faible (1,92% du budget santé) et ne permet pas de financer les autres composantes des services de vaccination (coût opérationnel).

Cette situation entraîne des ruptures de stock fréquentes de vaccins, la non prise en compte de certaines populations spécifiques (nomades, personnes vivant dans les zones désertiques, PDI et Réfugiés) et la situation d'insécurité qui entraîne le déplacement des populations de leurs zones d'origine sans quitter l'aire de santé.

Les collectivités territoriales contribuent peu au financement des structures de santé malgré la prise en compte du volet santé dans leurs Plan de Développement Communal. Les plans de travail annuels des structures de santé incluent des stratégies mobiles et avancées, mais elles demeurent insuffisantes pour atteindre les enfants dans les zones particulières (insécurité, ...).

Malgré l'appui de Gavi pour le cofinancement des vaccins subventionnés, il y a un retard dans l'acquisition des vaccins entraînant des ruptures de stocks récurrentes de vaccins et de consommables.

En ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19, malgré les efforts déployés par l'Etat pour la vaccination de la population, beaucoup reste encore à faire (voir annexe 5).

3.1.5 Les Maladies Non Transmissibles

Les Maladies Non Transmissibles se développent au Niger, à l'instar des pays en développement. Leur gravité, leur chronicité et leur coût en font une menace pour le développement durable. Le programme national de lutte contre les MNT met l'accent sur la prévention et le contrôle des quatre principales MNT que sont, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète.

La dernière enquête STEPS réalisée en 2021 montre l'importance des facteurs de risque des MNT au Niger. Les informations relatives à la prévalence des facteurs de risque comportementaux se présentent comme suit : consommation de tabac 6,2% ; consommation d'alcool 0,2% ; consommation insuffisante de fruits et légumes 86,4% ; pratique irrégulière de l'activité physique 12,6%. En ce qui concerne les facteurs de risque biologiques, leur prévalence était de : pression artérielle élevée 27,4% ; surcharge pondérale (surpoids et obésité) 14,7% ; cholestérolémie totale élevée 7,8% ; hyperglycémie à jeun 2,3% ;. Plus de quatre sujets sur cinq (84,3%) présentaient entre un à deux facteurs de risque et environ un sujet sur dix (9,8%) avait entre trois à cinq facteurs de risque.

La figure ci-dessous présente des facteurs entre le STEPS de 2007 et 2021.

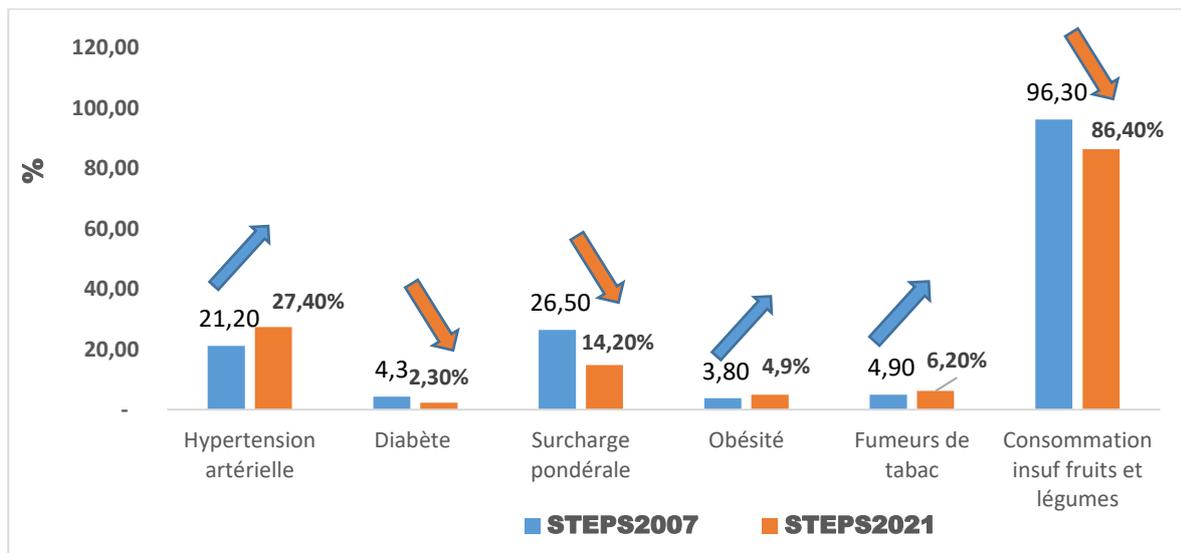


FIGURE 9: EVOLUTION DES FACTEURS DE RISQUE DES MNT ENTRE STEPS 2007 ET STEPS 2021

La moyenne annuelle des cas de cancers notifiés selon les données disponibles est de 531 cas avec 57 décès en 2021 (DHIS 2). La prévalence de la drépanocytose au Niger est de 23,2% Selon EDSN-MICS 2012. Il est aujourd'hui indispensable de placer les MNT à un rang de priorité de santé publique élevé malgré les urgences de l'heure.

3.1.6 La santé mentale

L'analyse situationnelle relève que globalement l'intérêt accordé à la santé mentale s'est amélioré par rapport aux années antérieures. Le Programme a élaboré et mis en œuvre ces cinq dernières années son plan stratégique 2016-2021 avec l'appui des partenaires. Cependant, ce plan n'a pas été évalué. L'offre des soins de santé mentale est disponible au niveau des services publics et privés. De 2017 à 2021, parmi les 20 types de maladies mentales qui surviennent souvent au Niger, la schizophrénie, l'épilepsie, les troubles liés aux drogues multiples, les troubles mentaux et du comportement, les troubles psychotiques aigus et transitoires, les trouble liés au cannabis, l'épisode dépressif et les troubles mentaux organiques sont plus préoccupants. Pour chacune de ces maladies, plus de 5000 cas ont été pris en charge. Sur la même période, 74 357 cas de malades mentaux pris en charge dont 277 décédés ont été enregistrés par le Programme National Santé Mentale (PNSM) comme l'indique le tableau qui suit.

TABLEAU N° 4 : REPARTITION DES CAS DE TROUBLES MENTAUX ET DECES PAR REGION DE 2017 – 2021

Région	Agadez		Diffa		Dosso		Maradi		Niamey		Tahoua		Tillabéry		Zinder		Total	
	Cas	Dc	Cas	Dc	Cas	Dc	Cas	Dc	Cas	Dc	cas	Dc	Cas	Dc	Cas	Dc	Cas	Dc
Total	7025		7649		15266		5788	143	10316	121	14115	13	5865		8333		74357	277

Les principales difficultés rencontrées en matière de santé mentale sont (i) l'insuffisance des prestations de soins de santé mentale à tous, (ii) la rupture fréquente

des psychotropes, (iii) l'insuffisance dans la sensibilisation des populations sur les méfaits de la consommation des différentes drogues, (iv) l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines en santé mentale, (v) l'insuffisance dans le suivi-évaluation des activités du PNSM.

3.1.7 Les maladies bucco-dentaires et le Noma

Au Niger, Les principales pathologies rencontrées sont : les caries dentaires, les maladies parodontales, les traumatismes maxillo-faciaux, les tumeurs de la cavité buccale, les anomalies dentofaciales, les manifestations bucco-dentaires et le Noma.

Ainsi, de 2017 à 2021, on dénombre 543 cas de Noma dont 19 décès et 728 488 cas des maladies bucco-dentaires.

Il a été enregistré 369 interventions chirurgicales sur le Noma de 2019 à 2021.

Pour le Noma, la tranche d'âge la plus touchée en termes de nombre de cas et de décès est de 1 à 4 ans.

Les régions de Maradi et de Tahoua semblent être les plus touchées par le Noma. Cette affection constitue un grave problème de santé publique en raison du nombre de cas enregistrés, de son poids, de son impact sur l'individu et la société, en termes de gênes, de limitations et de handicap d'ordre social et fonctionnel, ainsi que de son effet sur la qualité de la vie.

3.1.8 Les Maladies Tropicales Négligées

Parmi les 20 Maladies Tropicales Négligées (MTN) identifiées par l'OMS, le Niger en a ciblé 10 qui sont subdivisées en 2 catégories :

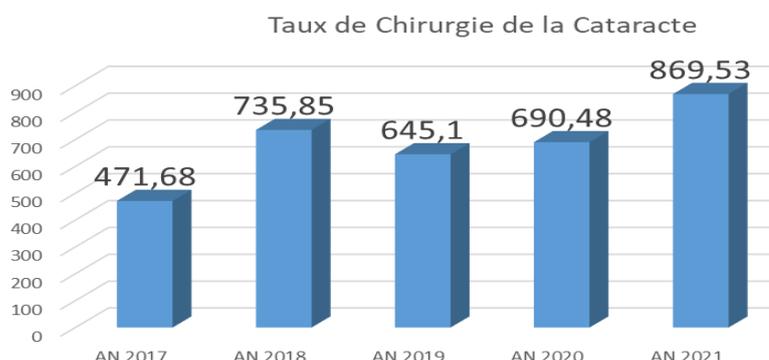
- les MTN à chimiothérapie préventive qui font l'objet de campagne de distribution de masse chaque année dans les districts éligibles. Ce sont la schistosomiose, la filariose lymphatique, le trachome, les géo helminthiases et l'onchocercose.
- les MTN à prise en charge des cas : la lèpre, la rage, le ver de Guinée, la leishmaniose et la trypanosomiase humaine africaine.

3.1.8.1 Les maladies oculaires

La cataracte constitue la première cause de cécité au Niger. Sa prise en charge est réalisée tant dans les hôpitaux (comme activité de routine) qu'en campagne de chirurgie foraine.

Les résultats issus de cette activité sont illustrés à la figure suivante :

FIGURE 10: EVOLUTION DU TAUX DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE DE 2017 A 2021 AU NIGER



Selon les rapports d'activités du PNSO 2017-2021, les Taux de Chirurgie de la Cataracte (TCC) par million d'habitants ont varié de 471,68 en 2017 à 869,53 en 2021 et restent très loin de la norme OMS de 2000 chirurgies de la cataracte par million d'habitants.

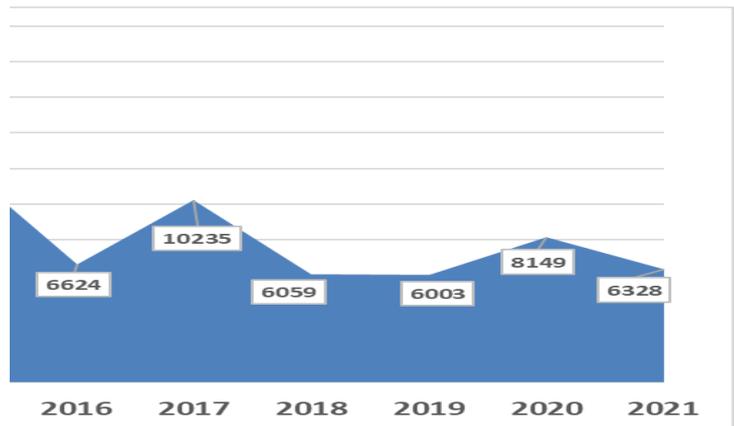


FIGURE 11: REPARTITION DU NOMBRE DE CHIRURGIE DE TRICHIASIS DE 2016 A 2021

En ce qui concerne la chirurgie de Trichiasis, plus les années avancent, moins les cas à opérer sont élevés. Ce constat pourrait être expliqué par la baisse de la prévalence de cette maladie dans la population. De nombreux districts attendent d'être évalués afin de déterminer la prévalence du trichiasis qui traduira la nécessité ou non d'interventions.

3.1.8.2 La Bilharziose et les Géohelminthes

La Bilharziose

Il existe 2 formes de bilharziose au Niger : la forme urinaire due à *Schistosoma haematobium* et la forme intestinale due à *Schistosoma mansoni*.

Sur les 72 Districts Sanitaires du Niger il y a 69 qui sont endémiques à la forme urinaire et parmi eux 4 ont la co-endémicité bilharziose urinaire et intestinale (Ayorou, Dioundiou, Gaya et Tillabéri).

Les biotopes de contamination sont constitués par le fleuve Niger, les mares permanentes et semi permanentes et les oasis.

Une enquête dans les 15 sites sentinelles réalisée en 2020 donne une prévalence qui varie de 10% au DS de Gaya à 85% au DS de Boboye.

Au vu du nombre de campagnes de masse organisées par le Niger depuis 2004, notre pays sera jugé surtout sur l'intensité de l'infestation qui est exprimé en nombre d'œufs pour 10 ml d'urine ou par gramme de selles.

La figure ci-dessous illustre de la prévalence (en pourcentage) de la Schistosomiase entre 2016 et 2019 par site sentinelle.

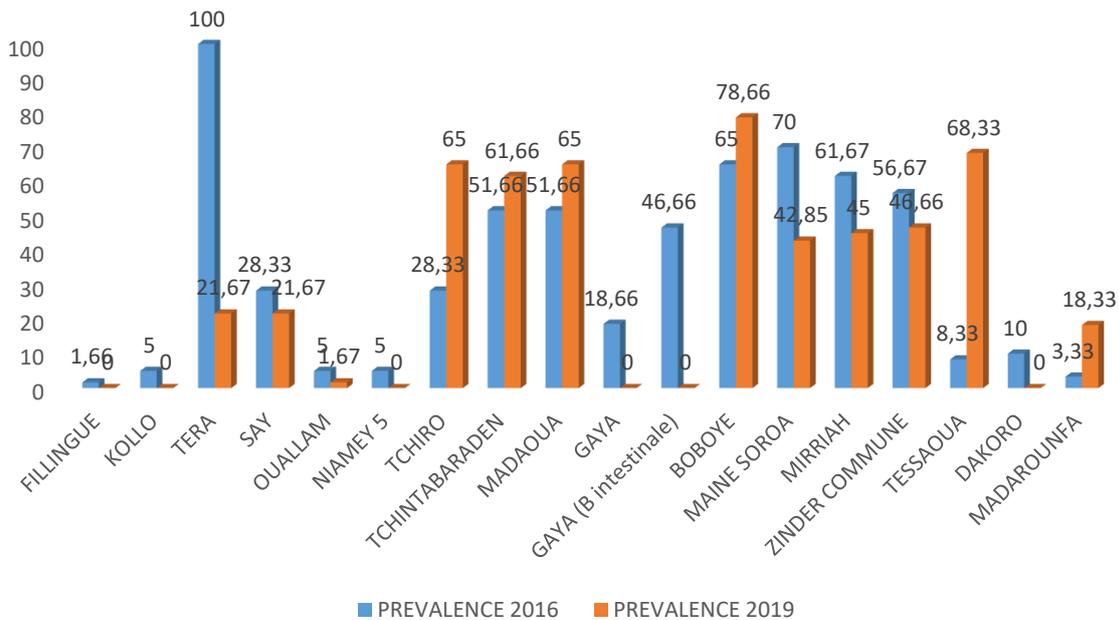


FIGURE 12: EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA SCHISTOSOMIASE EN 2016 ET 2019 PAR SITE SENTINELLE

Les Géohelminthes

Il existe 5 formes des Géo helminthiases au Niger (Ascarirose, Ankylostomiase, Trichocéphalose, Anguillulose, Oxyurose). Les 72 DS du Niger sont endémiques à ces 5 parasitoses qui peuvent être responsables d'une malnutrition, d'un retard de développement psycho moteur ou engagées le pronostic vital.

La contamination se fait surtout par le défaut d'hygiène personnelle et collective et la limitation de la disponibilité en eau potable.

La situation épidémiologique est satisfaisante dans la plupart des DS (la prévalence varie de 0 à 11%), à l'exception du District Sanitaire de Zinder ville (village de Middick) où la prévalence était de 23,33% en 2019.

Cette situation au niveau national a permis au Niger de rédiger et valider un plan de transition contre les vers intestinaux qui permet de continuer la lutte sous d'autres formes que les actions de masse.

3.1.8.3 La filariose lymphatique

La filariose lymphatique est une maladie parasitaire transmise à l'homme par la pique des moustiques. Cette maladie se caractérise par des manifestations monstrueuses du genre éléphantiasis et hydrocèle.

La cartographie de la filariose lymphatique au Niger montre 54 districts sanitaires endémiques avec des prévalences variant de 1% à Dafane (Tahoua) à 52% à Kourangoussaou (Maradi) et Gada (Zinder).

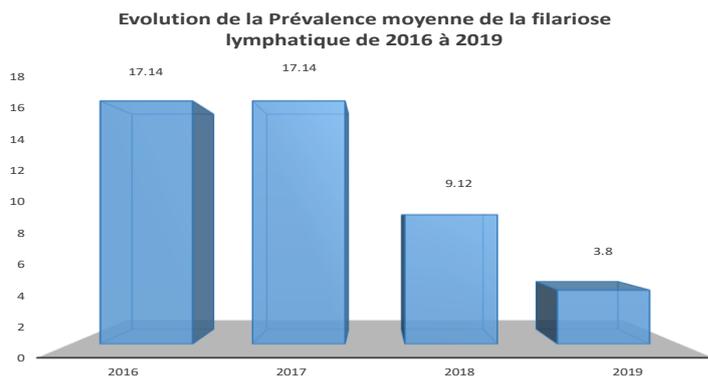


FIGURE 13: EVOLUTION DE LA PREVALENCE MOYENNE DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE DE 2016 A 2019

Selon les Rapports d'activités du PNDO/FL 2017-2019, la prévalence de la filariose lymphatique a passé de 17.14 en 2016 à 3.8 en 2019.

La prise en charge chirurgicale a été conduite sous forme de camp et en routine où 1783 personnes ont été opérées gratuitement au niveau de 36 districts sanitaires. Cette situation est représentée dans la figure suivant.

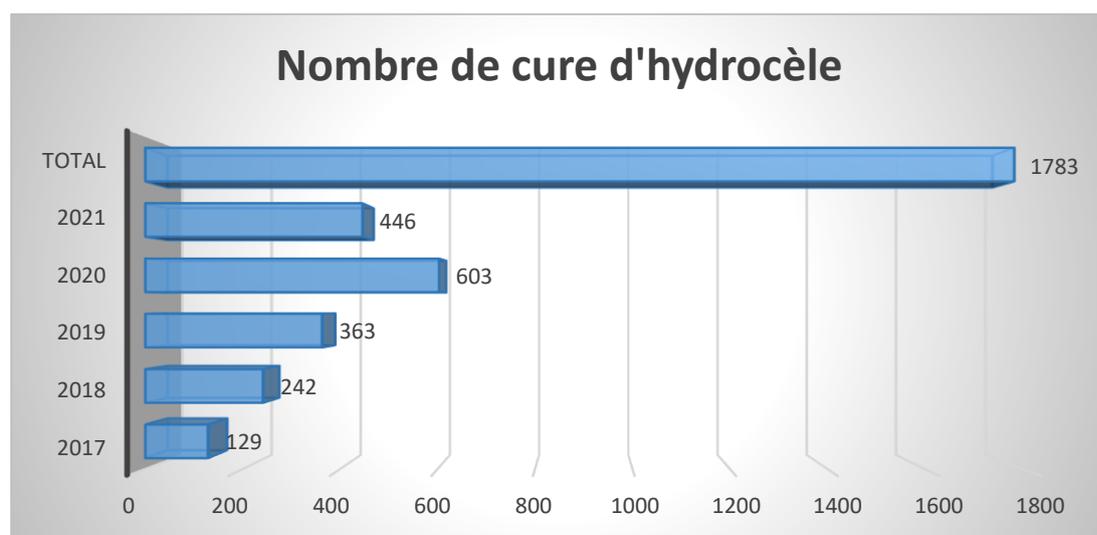


FIGURE 14: REPARTITION DU NOMBRE DE CURES D'HYDROCELE REALISES DE 2017 A 2021

3.1.8.4 L'onchocercose

L'onchocercose est une maladie transmise par une petite mouche noire « la simulie » qui sévissait autour de certains cours d'eau notamment le Diamangou, la Sirba, la Mékrou, la Tapoa et le Goroubi au Niger. Ces cours d'eau concernent les districts sanitaires de Téra, Say, Kollo, Boboye et Gaya.

Les activités du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) ont commencé en 1974. Le Niger était l'un des pays les plus touchés dans la sous-région (prévalence de 60 à 70% dont 5% de cécité). L'Onchocercose maladie ne

constitue plus de nos jours un problème de santé publique au Niger grâce aux actions menées par l'OCP.

Les risques de recrudescence sont aussi très faibles car toutes les zones autrefois endémiques des pays qui nous entourent sont aussi assainies.

3.1.8.5 La lèpre

Le profil épidémiologique actuel de la lèpre au Niger est caractérisé par une tendance à la réduction de la prévalence, alors que la détection reste stable ces dernières années. La détection est de 304 nouveaux cas et la prévalence de 320 cas pour 10000 habitants en fin 2021. Les taux des infirmités de degré 2 restent élevés, 31,76% en 2020 et 22,36% en 2021, et les formes multi-bacillaires représentent 85,52% des cas. La transmission de la lèpre est active avec 6,57% de cas chez les enfants.

De l'analyse de situation des zones réparties selon l'endémicité de la lèpre au Niger, il ressort que, 20 Centres de Santé Intégrés sont endémiques en 2021. Selon la morbidité ressentie de 2015-2019 il ressort que 46 CSI sont à forte morbidités (se situant parmi les CSI qui n'ont pas éliminé la lèpre), 126 CSI ont une morbidité faible ou moyenne (ayant au moins rapporté 1 cas de lèpre) et plus d'un millier de CSI sont silencieux. Ces derniers n'ont rapporté aucun cas de lèpre de 2015 à 2019. Ce silence ne s'explique pas forcément par l'absence de lèpre, mais plutôt le manque de disponibilité d'agents formés sur le diagnostic et la prise en charge des cas et le stigma qui sont entre autres des facteurs déterminants. Quelques sorties foraines lors des dépistages de masse dans certain CSI montrent une prévalence relative élevée de la lèpre parmi les dermatoses dépistées et traitées : sur près de 5 000 cas de dermatose, 46 cas de lèpre ont été dépistés soit en moyenne 1 cas de lèpre pour 100 dermatoses dans certaines localités (2019). En outre l'expérience de l'examen des sujets contacts a monté en moyenne 1 à 2 cas de lèpre par cas index investigué (2021).

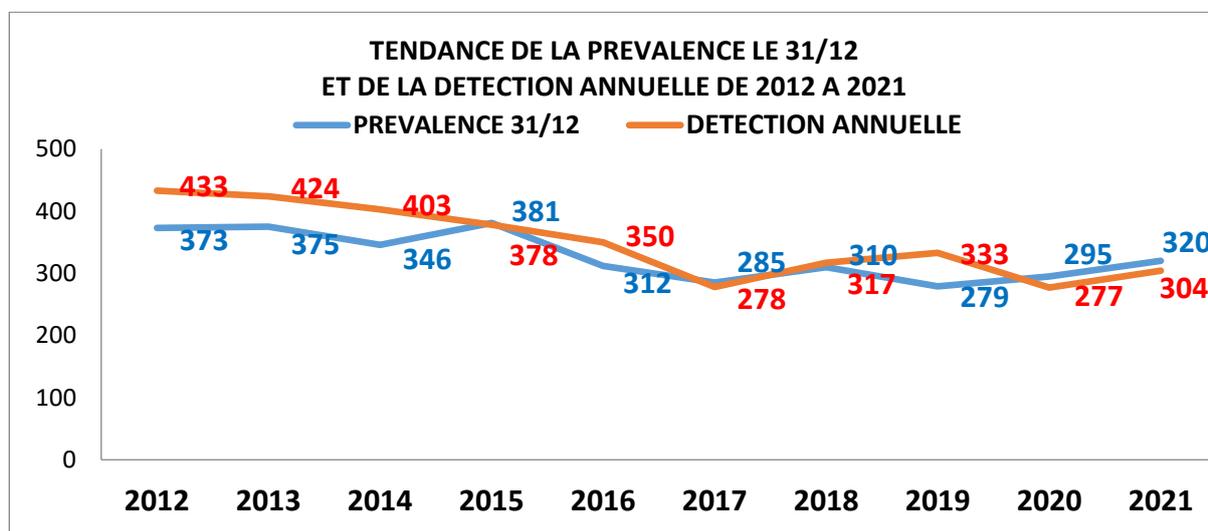


FIGURE 15: EVOLUTION DE LA PREVALENCE ET DE LA DETECTION ANNUELLE DE LA LEPRE DE 2012 A 2021

Il faut noter le sous-financement de la lutte contre la lèpre qui ne permet pas une couverture nationale des interventions. Le budget alloué à la lutte contre la lèpre au niveau du programme est inférieur à 103 millions en 2020, soit 1,07% des dépenses allouées à l'ensemble des Maladies Tropicales Négligées en 2020.

Les conséquences qui en découlent sont le sous-dépistage, un retard au diagnostic de la lèpre avec des taux des infirmités élevées au moment du diagnostic et la possibilité d'une émergence des cas dans ces zones non couvertes par ces interventions.

Conformément aux cibles mondiales de l'élimination de la lèpre d'ici 2030, le Programme National de Lutte contre la Lèpre du Niger est en cours d'élaboration de son Plan Stratégique qui constituerait une composante du Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées. Le dépistage intégré de la lèpre et les dermatoses courantes y comprises les MTN à manifestations cutanées, l'examen de 2237 contacts des cas index répertoriés de 2015 à 2021 constituent les stratégies innovantes dans ce plan. Par ailleurs le renforcement des compétences des agents de santé, la lutte contre la stigmatisation et la promotion de l'inclusion des personnes affectées par la lèpre sont des composantes majeures de ces piliers stratégiques.

3.2 Etat de santé de la population

3.2.1. La santé de la femme

3.2.1.1 Situation de la mortalité maternelle

L'analyse de l'évolution de la mortalité maternelle au Niger montre, qu'en dépit d'une réduction continue entre 1992 et 2015, passant de 652 à 520 décès pour 100 000 naissances vivantes (ENISED, 2015) celle-ci reste encore élevée et hypothèque l'atteinte de la cible de 70 pour 100 000 naissances vivantes des ODD. Ce taux indique que, sur 1000 naissances vivantes, un peu plus de 5 femmes (5,2) sont décédées soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, soit dans les 42 jours suivant la délivrance.

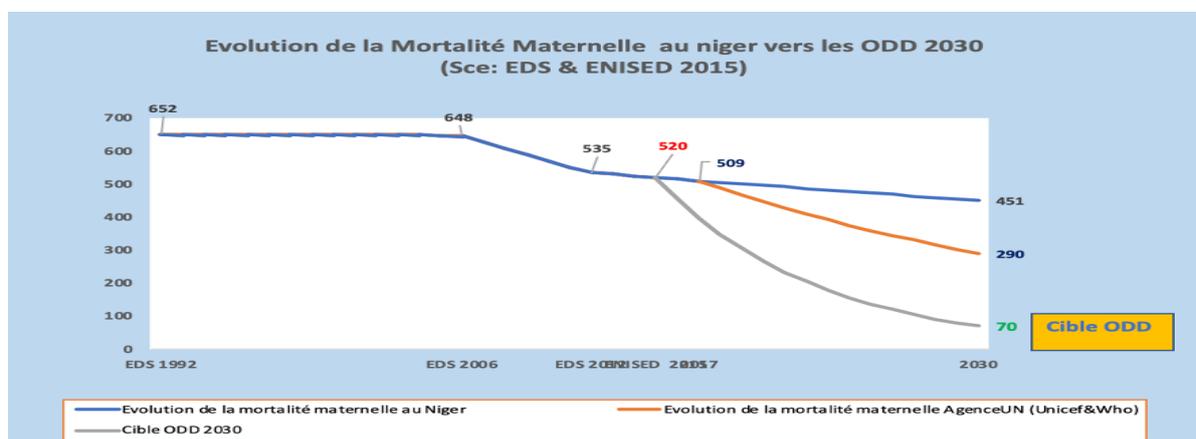


FIGURE 16: EVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE AU NIGER

Après une réduction rapide de la mortalité maternelle entre 2006 et 2012, cette progression a fortement ralenti entre 2012 et 2015.

Les taux de mortalité maternelle sont relativement plus élevés pour les groupes d'âge de 15 à 19 ans (4,9 pour mille) et de 40 à 44 ans (4,1 pour mille).

Malgré l'institutionnalisation de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) selon l'arrêté N°296/MSP/DGSR/DSME en date du 02 août 2013 à travers la

notification obligatoire de tous les décès au niveau des structures de santé la notification des décès maternels et la conduite systématique des audits des décès reste encore un défi majeur. Les décès des femmes sont essentiellement liés aux causes directes dont, les prééclampsies sévères/éclampsie (14,4%), le travail prolongé/dystocique (7,8%), les hémorragies du post-partum (6,7%), les infections sévères du post-partum (4,03%), la rupture utérine (1,70%) et la rétention du placenta (0,51%). Il convient d'ajouter les causes indirectes que sont le paludisme (17,60%), l'anémie (12,38%), les causes inconnues/non spécifiques (21,81%) et les autres complications indirectes (11,07%) et les hépatites (0,11%) selon l'enquête SONU 2017.

Différentes interventions à haut impact permettent d'améliorer l'état de santé de la mère aux différents stades de sa vie féconde et de réduire la mortalité maternelle. Le déploiement de ces interventions au bénéfice de toutes les femmes reste un défi. Ainsi, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals de la part d'un prestataire formé au cours de leur première consultation de grossesse (CPNR1) est passé de 83,61% en 2017 à 77,26% en 2020 (annuaire statistique de santé) et 84% en 2021 (ENAFEME, 2021). 34,9% des femmes ont pu réaliser au moins les 4 visites prénatales recommandées en 2017 (annuaire statistique de santé) contre 34,4% en 2020 et 37,3% en 2021 (ENAFEME, 2021). La proportion des naissances assistées par du personnel de santé qualifié passe de 29% à 43,7% entre 2012 et 2021. Il existe un écart important entre les recours aux soins par les femmes pour les consultations de grossesse et le recours pour l'assistance qualifiée à l'accouchement comme l'indique la figure 5.

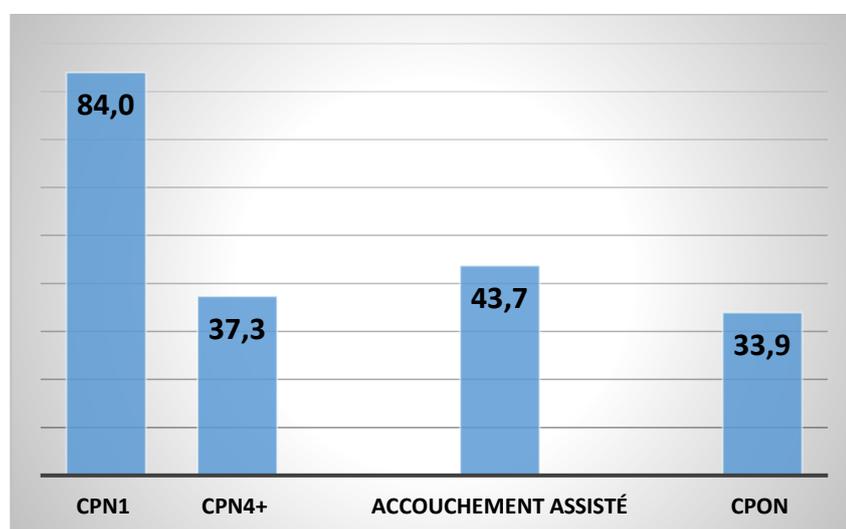


FIGURE 17: ECART ENTRE CPNR1, CPNR4, ACCOUCHEMENT ASSISTÉ ET CPON EN 2021

3.2.1.2 Situation de la Planification Familiale

Le taux de fécondité (6,2 enfants par femme en 2021) des femmes au Niger est parmi les plus élevés au monde. Le taux de prévalence de la contraception moderne stagne, autour de 10%. Seulement 30,6% des femmes expriment une demande de

Planification Familiale (PF). Les besoins non satisfaits de PF s'établissent à 13,3%. La demande satisfaite en PF a évolué de façon croissante sur les quatre dernières enquêtes et on constate une amélioration de l'intervention à son niveau actuel (45,5%) selon l'ENAFEME réalisée en 2021.

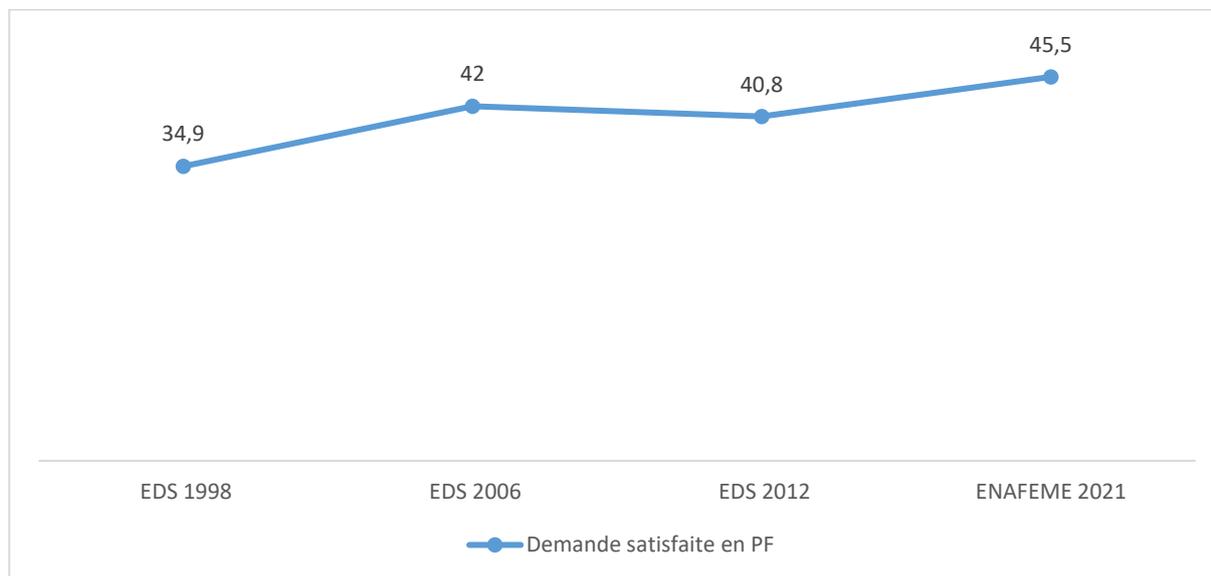


FIGURE 18: EVOLUTION DE LA DEMANDE SATISFAITE EN PF DE 1998 A 2021

La forte fécondité est particulièrement liée aux problématiques d'éducation des filles, aux mariages d'enfants et à la faible demande et utilisation des produits de santé imputable à des facteurs socioculturels, tels que les interprétations faites des textes religieux, le statut inférieur des femmes et les conceptions erronées sur l'utilisation des moyens de contraception.

3.2.1.3 Situation de la Fistule Génitale Féminine

Un Réseau d'Eradiation de la Fistule Obstétricale (REF) est mis en place par le Ministère de la Santé Publique par Arrêté n°00026/MSP/LCE/DGSP/DSR du 19 février 2004 puis révisé par l'Arrêté n° 000126/MSP/DGSR du 03 Mai 2016 comme Réseau pour l'Elimination de la Fistule Génitale Féminine et rattaché à la Direction Générale de la Santé de la Reproduction.

Deux générations de stratégie nationale d'élimination de la FGF ont été élaborées au Niger depuis 2003, année de lancement de campagne nationale d'éradication de la Fistule Obstétricale.

La 3^{ème} génération de la stratégie couvre la période 2022-2026 avec comme principaux axes stratégiques : (i) la prévention ; (ii) la prise en charge holistique des patients ; (iii) la réintégration socio-économique ; (iv) la coordination, le suivi-évaluation et la recherche ont été adoptés pour une meilleure coordination de la lutte dans une démarche de la gestion axée sur les résultats.

Cette dernière stratégie a intégré la prise en charge d'une autre invalidité du tractus uro-génital tels que le prolapsus génital et les incontinences.

3.2.1.4 Les Violences Basées sur le Genre

La forte progression démographique contribue à accentuer les inégalités de genre¹⁰. Le rapport du PNUD indique un indice d'inégalité de genre très élevé de 0,642 en 2019 ce qui place le Niger au dernier rang du classement mondial (PNUD, RDH 2020). La réduction des inégalités doit porter en particulier sur cinq domaines : (i) le mariage d'enfant et le niveau d'instruction ; (ii) la santé et la nutrition ; (iii) la fécondité et la croissance démographique ; (iv) la participation au marché du travail et la productivité au travail ; et (v) la capacité d'action, y compris la prise de décision et le risque de violence basée sur le genre.

Le mariage d'enfant et la maternité précoce constituent des problèmes majeurs pour les adolescentes. La fécondité des adolescentes demeure élevée. Au Niger, quatre filles de 15-19 ans sur dix (40%) ont déjà commencé leur vie procréative (EDSN-MICS, 2012). Cette entrée précoce en vie féconde augmente avec l'âge, passant de 7% à 15 ans à 42% à 17 ans et à 75% à 19 ans, âge auquel 68% des jeunes filles ont déjà eu un enfant. La situation semble toutefois s'améliorer. En effet, les résultats de l'ENAFEME indiquent une baisse relativement importante du mariage d'enfant en 2021 au Niger. Bien que le niveau soit toujours élevé, le mariage précoce est en recul dans les jeunes générations, la proportion des femmes de 20-24 ans mariées avant 18 ans passant de 76% en 2012 à 65% en 2021 soit, une baisse 11 points. Cette tendance à la baisse est confirmée par les résultats de l'Enquête Nationale sur les Violences Basées sur le Genre (53,4%) et de PMA de 2021 (65%). Au cours de la même période, l'âge médian au premier mariage des femmes de 20-49 ans, qui fournit une meilleure indication de l'âge au premier mariage, est passé de 15,8 à 16,6 ans. Cette tendance se répercute sur la baisse de la fécondité observée au niveau global et se traduit à travers des taux de fécondité par âge, notamment des jeunes filles. Ainsi pour le groupe d'âge de 15-19 ans, le taux de fécondité est passé de 206‰ en 2012 à 132‰ en 2021, soit une baisse de 36% sur la période.

Les Violences Basées sur le Genre (VBG) et les pratiques néfastes sont très préoccupantes bien que la pratique néfaste des mutilations génitales féminines ne soit pas élevée au Niger (0,7%). Elles touchent 38,2% femmes et adolescentes au cours de leur vie. La violence sexuelle et la violence économique ont une prévalence de 6,6% et 2,8%, respectivement. Le déni d'opportunités pour les femmes en raison de la violence économique est élevé (14,6%). Le mariage des enfants est le type de VBG le plus répandu, avec 29% des filles mariées avant l'âge de 15 ans et 65% avant 18 ans (ENAFEME, 2021). Les tendances des indicateurs de planification familiale ne s'améliorent guère, entre 2012 et 2021, on observe une légère baisse de l'utilisation de la contraception moderne passant de 12,2% à 10% du fait essentiellement du contexte de la Covid 19. La pauvreté monétaire des ménages passe de 45,4% en 2014 à 40,8% en 2019. Elle sévit plus en milieu rural (46,8%) qu'en milieu urbain (11,8%).

¹⁰ Cette inégalité des femmes par rapport aux hommes est mesurée par « l'indice d'inégalité de genre », qui est un indice composite variant de 0 à 1, mesurant le déficit de progrès résultant d'inégalités dans les trois dimensions suivantes du développement humain : santé reproductive (taux de mortalité maternelle et taux de fécondité des adolescentes), autonomisation (% de femmes au parlement et % de femmes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur) et marché du travail (taux d'activité des femmes dans la population active).

3.2.2 La santé de l'enfant

Dans le cadre de l'analyse de l'évolution de la mortalité infanto-juvénile, le Niger avait réalisé une réelle performance. Ce taux était passé de 274‰ en 1998 à 94 pour mille naissances vivantes en 2015, selon les estimations des systèmes des Nations-Unies et de ce fait le Niger a atteint l'ODD 4.

Si les niveaux de couverture des interventions à haut impact avaient gardé la même évolution depuis 2015, le Niger aurait atteint un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 54 pour 1000 naissances vivantes, et serait en phase pour l'atteinte de cet objectif dans le cadre des ODD, qui est de réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25‰ d'ici 2030.

Malheureusement, les enfants au Niger ont un risque de mortalité encore élevé malgré les progrès réalisés lors de la décennie précédente.

La mortalité infanto-juvénile constitue un enjeu majeur au Niger. L'analyse de son évolution (figure ci-dessus) montre une diminution significative jusqu'en 2012 ; puis un ralentissement entre 2012 (127 pour mille), 2015 (126 pour mille) et 123 pour mille en 2021 (ENAFEME, 2021). L'enfant nigérien est plus à risque de mourir avant ses 5 ans que ses camarades des autres pays de l'Afrique subsaharienne (moyenne régionale de 78 décès pour 1000 naissances vivantes : rapport mondial 2019) avec un faible taux de réduction annuel ces dix dernières années.

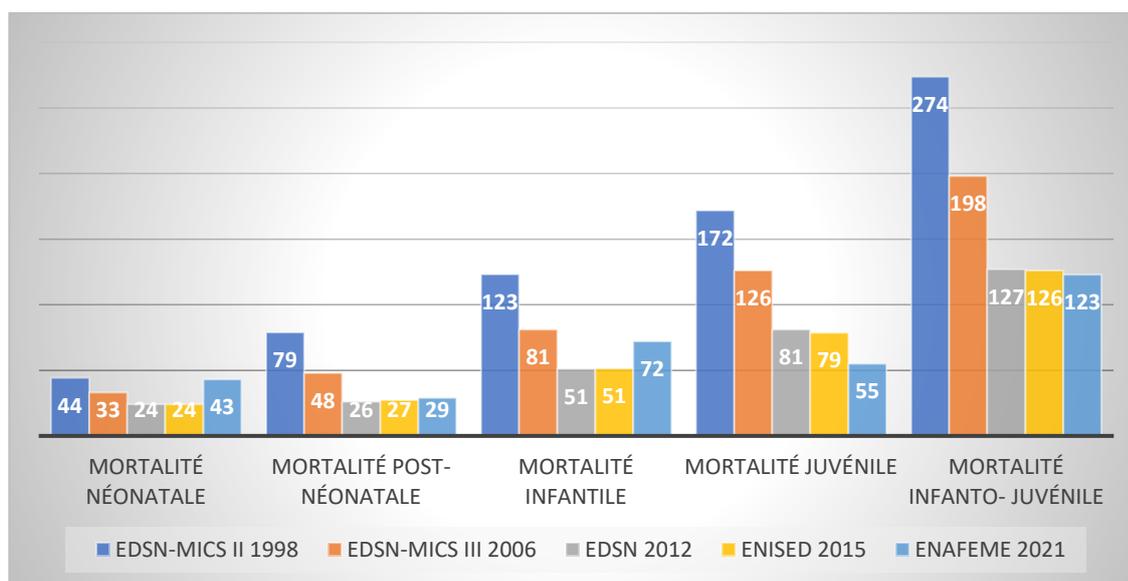


FIGURE 19: EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE ENTRE 1998 ET 2021

La désagrégation de la mortalité infanto-juvénile par région montre des disparités, selon les données issues de l'ENAFEME de 2021. Certaines régions ont encore un risque de mortalité élevé et supérieur à la moyenne. Ce sont les régions de Dosso avec 157 ‰, suivie de Tillabéry avec 142‰ ; de Zinder avec 137‰ et Tahoua avec 127‰. Cette mortalité infanto-juvénile est plus élevée en milieu rural avec 132‰ qu'en milieu urbain où il a été enregistré 58‰.

La désagrégation du taux de mortalité infanto-juvénile par tranche d'âge montre une baisse régulière de la mortalité juvénile depuis 1998 et une hausse de la mortalité

infantile depuis 2012 essentiellement due à une hausse de la mortalité néonatale, qui a atteint un taux de 43 pour mille en 2021. La période néonatale est la plus à risque de décès et constitue une priorité sur laquelle ce plan de développement va se focaliser. Il est important de noter que la ville de Niamey a le taux de mortalité néonatale le plus élevé malgré la couverture sanitaire élevée et la densité en ressources humaines en quantité et en qualité.

Selon les données du *Countdown to 2030*, au compte de l'année de 2019, les principales causes de décès néonataux sont la prématurité (21%), l'asphyxie (28%), les infections néonatales (16%) et la pneumonie du Nouveau-né (12%), les anomalies congénitales 6%.

Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont liées aux causes de décès néonataux (26%), suivi du paludisme (19%), de la pneumonie (17,40%) et de la diarrhée (12,20%).

Les autres causes de mortalité infanto juvénile sont : les blessures 6%, la méningite 3,40%, la rougeole 0,40% et le sida 0,40% (CHERG 2012).

Il est important de noter que plus de 42.7% de la mortalité des enfants au Niger est associée à la malnutrition principalement la malnutrition chronique, qui est un problème de santé publique car elle impacte également sur le développement psychomoteur et cognitif de l'enfant¹¹.

Même si le taux de mortalité néonatale intra hospitalière a baissé, passant de 0,77% en 2015 à 0,47% en 2020¹² (), il est nécessaire de continuer de renforcer les interventions améliorant la qualité de la prise en charge du nouveau-né au sein de la communauté mais également au niveau institutionnel.

Les priorités doivent porter sur :

- le renforcement/mise à l'échelle des interventions à haut impact à tous les niveaux notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (en rendant effective la réanimation du nouveau-né), l'approche mère kangourou, la prise en charge des infections bactériennes sévères, ...;
- le renforcement du plateau technique : avec la mise en place d'un coin du nouveau-né dans chaque structure de santé en charge de l'accouchement ; la disponibilité du matériel de réanimation et des molécules de prise en charge du nouveau-né (corticoïdes pour la période anténatale, vitamine K1, caféine, antibiotiques... ;
- le renforcement de capacité des prestataires à travers les formations in situ (le mentorat/tutorat), les stages pratiques, le staff commun des référents au niveau des centres de référence ;
- l'intégration effective du volet périnatal dans la surveillance des décès maternel/périnataux et riposte ;
- l'amélioration de la qualité de l'offre des soins néo-nataux

¹¹ Gouvernement du Niger. Le coût de la Faim en Afrique : l'incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant au Niger. 2018

¹² Bilan de 10 ans de mise en œuvre du programme de renaissance, CAPEG

Les interventions à haut impact mises en œuvre et ayant permis l'amélioration de la santé de l'enfant sont : La vaccination, la PCIME clinique incluant la prise en charge de la malnutrition aiguë, ICCM, SENN, SONU, IHAB, ANJE, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, SONE, TETU, PSBI, le Mentorat et Méthode Kangourou. Ces interventions ont permis au Niger de faire partie des pays qui ont atteint l'OMD4 en 2015.

Il est important de noter qu'un plan de relance de la PCIME a été élaboré par le ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales. Sa mise en œuvre effective contribuera à réduire la mortalité infanto-juvénile en faisant un focus sur les principales maladies tueuses de l'enfant.

3.2.3 La santé des adolescents et des jeunes

Le gouvernement nigérien met en œuvre d'importantes stratégies au profit de la santé des adolescents et des jeunes (10 à 24 ans) qui constituent une frange importante de la population. La bonne santé de ce groupe conditionne l'avenir économique et le développement du pays. Bien qu'ils soient nombreux (environ 33% de la population totale), ils constituent un groupe de population largement dépendant et ne bénéficient pas de toute l'attention nécessaire pour leur permettre de participer effectivement au développement du pays. Ils vivent en grande majorité en milieu rural (81,98%) et ont très peu accès aux services sociaux de base (santé, éducation, formation professionnelle et technique).

Les adolescents et les jeunes sont exposés à des maladies et des décès évitables. Les principales causes de morbidité et de mortalité de ce groupe cible sont i) les maladies transmissibles telles que le paludisme, les maladies respiratoires, les gastro entérites, les infections urinaires, les IST, le VIH /sida, les infections ophtalmologiques, les infections ORL, ii) les maladies tropicales négligées (parasitoses intestinales, bilharziose) ainsi que iii) les maladies non transmissibles : asthme, troubles ostéo articulaires, traumatismes, troubles mentaux, les maladies cardiovasculaires, les maladies génétiques, les cancers mais aussi les accidents de la voie publique.

Les adolescents et les jeunes utilisent très faiblement les services de santé du fait des difficultés intrinsèques au système de santé actuel, notamment de l'inadéquation des formations sanitaires à répondre à certains de leurs besoins, mais aussi du fait des pesanteurs socioculturelles et religieuses.

L'ENISED 2015 a fait ressortir que le ratio de Mortalité Maternelle a été estimé à 520/100 000 NV. 34,4% de décès chez les jeunes de 15-19 ans sont liés à la grossesse et ses complications, ce qui représente 15,5% de l'ensemble des décès maternels. L'EDSN-MICS de 2012 souligne que 46% des adolescentes de 15-19 ans présentent une anémie et que le faible poids à la naissance est de 14,4% lorsque la mère a moins de 20 ans. Par ailleurs, deux tiers des cas de fistule obstétricale surviennent chez les adolescentes.

L'entrée précoce des adolescentes dans la vie procréative explique en partie ces résultats. L'EDSN-MICS 2012 révélait que la proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative s'élevait à 40% en 2012, passant de 7% à 15 ans à 42% à 17 ans et à 75% à 19 ans. Cependant, les résultats de l'enquête ENAFEME

2021 révèlent que la proportion de jeunes filles de 15 à 19 ans ayant débuté leur vie féconde ne s'élève plus qu'à 24,7%. Ces observations sont étroitement liées à la baisse de l'indice synthétique de fécondité, qui est passé de 7,6 à 6,2 enfants par femme en âge de procréer. Si la baisse de la fécondité s'observe au niveau des différentes régions du pays (sauf Agadez et Diffa), c'est en milieu rural que l'on constate les changements les plus importants. Par ailleurs, il convient de souligner que la baisse du taux de fécondité est plus accentuée parmi les groupes les plus jeunes. Ainsi pour le groupe d'âge de 15-19 ans, le taux de fécondité est passé de 206 pour mille en 2012 à 132 pour mille en 2021, soit une baisse de 36% de la fécondité de ce groupe d'âge sur la période. En comparaison, la baisse du taux de fécondité des femmes entre 20 et 40 ans varie de 15% à 18% entre 2012 et 2021.

Selon l'enquête nationale sur les Violences Basées sur le Genre 2021, le mariage d'enfant reste préoccupant au Niger. En effet, il ressort des résultats qu'une femme sur quatre âgées entre 25 et 29 ans (24,9%) était déjà mariée avant l'âge de 15 ans. Près de deux femmes sur trois (63,6%) étaient déjà en union à 18 ans. Par ailleurs, l'analyse selon l'âge montre qu'au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, les catégories les plus touchées étaient les 20-24 (13,3%) et, dans une moindre mesure, les 10-14 ans (11,4%) et les 25-29 ans. Dans la même ligne, l'enquête PMA2020 de 2021 indique que l'âge médian au premier mariage des femmes de 20-49 ans, qui fournit une meilleure indication de l'âge au premier mariage, est passé de 15,8 à 16,6 ans. Par ailleurs, l'enquête fait ressortir que les adolescentes de 10-14 ans et celles âgées de 15-19 ans ont 13,8 fois plus de risque de subir les violences physiques, et que les violences sexuelles sont plus importantes chez les adolescents de 15 à 19 ans où elles représentent 4,4% (dont 7,1% pour les adolescentes et 0,5% pour les garçons).

Les résultats positifs obtenus ces dernières années en matière de report de l'âge du mariage peuvent être expliqués par des actions ciblées agissant sur les principaux déterminants socioculturels de la fécondité, notamment les problématiques liées à l'éducation des filles et l'amélioration de l'offre et de la demande des produits de santé.

C'est dans ce cadre que la division santé des adolescents et jeunes a été érigée en Direction Nationale par décret N° 2021-325/PRN/MSP/P/AS du 13 mai 2021. Les actions majeures de cette direction portent sur : la multisectorialité (Education, Jeunesse et sport, Promotion de la femme, Formation professionnelle ...), la mise en œuvre des bonnes pratiques visant à améliorer l'offre de soins à travers les CSI amis des jeunes, infirmeries scolaires, les centres de promotion des jeunes, les espaces sûrs et les centres amis des jeunes.

3.2.4. La santé de l'homme

Il s'agit de la prévention et de la prise en charge des dysfonctionnements et des pathologies génitales chez l'homme comme l'Infécondité /Infertilité, les troubles sexuels d'origine physiologique, les maladies sexuellement transmissibles, les maladies tropicales négligées (hydrocèle) , les autres pathologies tumorales, maladies de la prostate, maladies testiculaires, Hématocèle, torsion du cordon spermatique, tuberculose génitale , épидидymite, hémospemie, spermatocèle, varicocèle, maladies du pénis.

Il existe un Centre National de la Santé de la Reproduction (CNSR) créé par arrêté N° 0072/MSP/Cab du 13 juin 1995). Ce centre est érigé en établissement Public à caractère administratif (EPA).

Néanmoins, ce volet ne fait pas pour l'instant l'objet d'une attention particulière en témoigne l'absence d'une stratégie dans ce sens.

3.2.5 La santé des personnes âgées

Au Niger, selon le RGPH 2012, sur 100 personnes, environ 4 sont âgées de 60 ans ou plus. L'allure de l'évolution du poids des Personnes Agées (PA) dans la population totale témoigne de l'allongement de la durée de vie et de l'émergence d'une catégorie nouvelle de patients. On note que les effectifs ont augmenté de 50% entre 2001 et 2012. Partant des projections démographiques 2012-2025, la population des personnes âgées est estimée à 911 846 en 2021 soit 3,78% de la population totale. Elle sera de l'ordre de 1 043 862 en 2025 dont 85,5% en milieu rural.

L'allongement de la vie est une réalité et les effectifs des personnes âgées augmentent à un rythme très important dans notre pays (INS). Ceci doit attirer l'attention afin de préparer le système social et de santé à anticiper cette mutation démographique en vue de faire face à de nouveaux problèmes de santé (accroissement de la prévalence des maladies non transmissibles tels que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les maladies broncho-pulmonaires chroniques etc.). Le volet affaires sociales relève de la Direction Générale des Affaires Sociales. Ce volet couvre les aspects liés aux groupes vulnérables que sont les personnes handicapées, les personnes âgées, et les personnes et familles démunies.

Au niveau périphérique le volet affaires sociales reste faiblement intégrés au niveau des régions, des districts sanitaires et au niveau communal. Ce volet est doté d'une stratégie pour la période 2020-2024 qui permet de relever les principaux défis.

Environ 8,9% des PA bénéficient d'une pension de retraite. Ces bénéficiaires de pension de retraite sont plus présents en milieu urbain (29,10%) qu'en milieu rural, les femmes occupant des proportions moindres avec 16,72% et les hommes 26,8%. Une frange non négligeable (6,4%) des personnes âgées vit avec un handicap.

En ce qui concerne les aides, les PA trouvent souvent leurs attentes non satisfaites, laissant beaucoup d'entre elles, en particulier des femmes, isolées, affaiblies et victimes de maladies et de violences. Les PA éprouvent du loisir à se consacrer à l'éducation de leurs petits enfants (85,3%) et à les accompagner à l'école (54,2%). Elles sont 88,3% à rendre visite aux amis, les femmes (53,88%) plus que les hommes (34,42%).

Les personnes âgées (PA) souffrent de pathologies spécifiques telles que les maladies cardiovasculaires (19,2%), les maladies respiratoires et asthme (9,1%), les maladies oculaires (6,4%), les troubles de la mémoire (7,2%), les douleurs articulaires généralisées ou localisées (6,8%), les maladies auditives (5%), la baisse de la libido (5%), le diabète (4%) et la rétention urinaire (4%). Il faut ajouter à celles-là les affections signalées par la littérature touchant les PA telles que : les chutes et les blessures, la dénutrition, la dépression, les tentatives de suicides, les démences, les troubles du sommeil, les maladies respiratoires, les troubles locomoteurs, les troubles du transit intestinal, les affections bucco-dentaires, les affections dermatologiques, les

cancers, le cancer du col de l'utérus et du sein, le syndrome d'immobilisation ou état grabataire, les troubles de la communication, l'invalidité et les syndromes liés au vieillissement de l'appareil génital en général, les maladies transmissibles, les autres maladies non transmissibles, l'excès de poids/insuffisance pondérale, l'inactivité physique, la consommation de tabac, la consommation d'alcool, l'anémie, la maltraitance des personnes âgées, les comorbidités.

Pour une meilleure prise en charge de cette catégorie de la population, un document de normes et procédures de prise en charge des personnes âgées est en cours d'élaboration et devra être finalisé au cours du prochain PDSS.

Les défis relevés par la stratégie nationale des personnes âgées ont trait à :

- i. méconnaissance du nombre et des caractéristiques des PA par District, Région et au niveau National rendant difficile les efforts d'amélioration de l'offre de santé ;
- ii. insuffisance de prise en compte des données concernant les PA dans le système national d'information sanitaire ;
- iii. insuffisance de structures et de personnels spécialisés de prise en charge en gériatrie et gérontologie ;
- iv. déficit du personnel en quantité et en qualité attesté par l'insuffisance de médecins gériatres et gérontologues et de paramédicaux spécialisés en soins aux PA ;
- v. inexistence de modules de formation sur la vision biopsychosociale de la santé et du parcours de vie dans la gestion de la problématique de la santé des PA dans le cursus de formation initiale des professionnels de la santé.

3.2.6 La promotion de la solidarité

En ce qui concerne la promotion de la solidarité, les principales insuffisances relevées sont : (i) l'accès inéquitable aux services sociaux et infrastructures sociales de base, (ii) le faible accès à l'emploi et au travail décent, (iii) la faible inclusion des groupes vulnérables, (iv) le dysfonctionnement des centres de formation professionnelle et (v) les opportunités surtout économiques limitées à certaines catégories de personnes vulnérables, (vi) l'insuffisance dans le Ciblage des vulnérables et (vii) l'insuffisance de la mise en œuvre de la PNP due au manque de synergie d'actions entre les intervenants.

L'analyse du cadre législatif et réglementaire démontre une insuffisance des textes nationaux en matière de protection et de promotion des droits des personnes âgées. La faible connaissance de l'existant par les agents de l'Etat, les personnes âgées et surtout par la population rend timide leur application.

Par ailleurs, il apparaît que les statistiques sanitaires des structures de soins primaires ne permettent pas d'avoir une appréciation réelle / locales des principales pathologies de cet âge problème qui se double de la faiblesse de la prise en charge des pathologies liées à l'âge au niveau périphérique.

3.2.7 La santé des personnes handicapées

Selon les résultats du RGPH (2012) du Niger, les personnes handicapées sont au nombre de 715 497 soit 4,2% de la population totale résidente parmi lesquelles on dénombre 361 938 hommes (2,11%) et 353 550 femmes (2,06%).

Ces personnes n'arrivent pas à satisfaire leurs besoins essentiels qui sont notamment, la nourriture, l'accès aux services de santé, à l'eau potable, à l'éducation des enfants et l'alphabétisation des adultes, l'emploi, le matériel et terres agricoles, le cheptel. Pour remédier à cette situation et garantir l'inclusion des personnes handicapées le Niger a ratifié la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées le 24 juin 2008. En outre, le Niger dispose de plusieurs textes législatifs et réglementaires protégeant les personnes handicapées.

La faible connaissance des textes par les agents de l'Etat, les personnes handicapées et surtout par la population et tous les autres secteurs de développement rendent timide leur application.

Dans le domaine de la santé, des efforts ont été déployés par l'Etat pour l'accès des personnes handicapées aux soins de santé, notamment dans la prise en charge totale des frais des examens et d'hospitalisation.

Il n'existe pas des données concernant les personnes handicapées en dehors des données de RGPH 2012.

L'accès au service de réadaptation reste très précaire, beaucoup reste à faire pour adresser les interventions optimales à cette cible.

Les principales réalisations au titre des personnes handicapées sont les suivantes : (i) la célébration des journées internationales et nationales des personnes handicapées (albinisme, lèpre, la fête des aveugles, la semaine mondiale de la langue des signes, etc...). ii) l'octroi de bourses de formation aux personnes handicapées dans les écoles professionnelles, iii) l'appui à la scolarisation de la jeune fille handicapée, l'insertion professionnelle des personnes handicapées à travers le recrutement sans concours aux emplois de la fonction publique, iv) l'acquisition d'appareillage pour la réadaptation physique des personnes handicapées, v) l'appui en vivres et non vivres des écoles spécialisées, vi) la réhabilitation des centres socio-économiques existants, la formation des personnes handicapées en Santé de la Reproduction en général et en planification familiale, vii) la formation des agents de santé sur les outils de PF élaborés en langue des signes et la formation des personnes sourdes et malentendantes sur ces outils.

Les réformes engagées au titre de cette catégorie de la population sont relatives à ***l'élaboration d'une carte d'égalité des chances pour une meilleure inclusion sociale, l'élaboration d'une stratégie nationale pour l'inclusion des personnes handicapées*** en cours et la formation des agents de santé en langue des signes pour une meilleure inclusion des personnes sourdes et malentendantes.

Les réformes prévoient ***la création et l'équipement de centres publics spécialisés pour l'autonomisation socio-économique des personnes handicapées***.

Il faut souligner au passage que les centres socio-économiques existants sont essentiellement des centres privés.

Le domaine est marqué par une insuffisance des services de réadaptation (deux Niamey et Zinder) ainsi que par la faiblesse du personnel spécialisé pour leur animation.

L'insuffisance de données désagrégées relatives à cette catégorie de la population rend difficile la planification des actions en faveur de cette population. La collecte des données (notamment la remontée de l'information) reste encore insuffisante.

En ce qui concerne l'autonomisation économique des personnes handicapées, l'insuffisance des ressources ne permet pas de développer ce volet.

3.2.8 La santé scolaire

La santé des jeunes constitue un élément essentiel pour une meilleure qualité des apprentissages par la diminution de l'absentéisme et une meilleure rétention de la cohorte. Il importe donc que les représentants des élèves, des professeurs, de l'administration scolaire et du COGES, soient formés sur les différents risques qu'encourent les jeunes et qui peuvent entraver le cours normal de leur scolarité

L'évaluation réalisée en 2017 par le Ministère des Enseignement Secondaire (MES), sur la base de l'outil SERAT, a fait ressortir que le programme d'ESC ne réunissait pas toutes les caractéristiques du fait de l'insuffisance, voire l'absence, de certains contenus d'apprentissage. Notamment, les aspects relatifs aux sentiments et normes sociales, au genre et droits humains ainsi qu'aux lois nationales et accords internationaux relatifs à la jouissance des droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

Afin de remédier à ce constat, le Ministère de l'Enseignement Secondaire (MES) a entrepris une révision des contenus des formations des enseignants sur les programmes d'enseignement de la santé de la reproduction et a procédé à l'introduction de techniques et approches pédagogiques visant à faciliter la transmission des messages clés aux élèves. Le MES a aussi commencé à mettre en place des clubs de santé scolaire afin de promouvoir la santé des jeunes et des adolescents à travers l'éducation par les pairs dans les écoles, pour une prise de conscience effective des risques liés aux IST/VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, au mariage précoce mais aussi la promotion de l'hygiène et d'une alimentation saine.

Face aux conséquences néfastes des IST&VIH/SIDA, des grossesses et mariages chez les adolescentes, l'État Nigérien a proposé une réponse multisectorielle à travers l'intégration de l'Education Sexuelle Compète (ESC) dans les programmes scolaires, ainsi que la révision des programmes des collèges et lycées afin de prendre en compte la SSRAJ dans des disciplines telles que les sciences de la vie et de la terre (SVT), la géographie et l'Economie Familiale et Sociale (EFS).

Les actions majeures réalisées dans ce domaine sont : (i) l'existence d'une stratégie nationale en santé scolaire 2015-2020, (ii) l'existence de l'arrêté N°0768 /MSP/ DGSP/DPS du 21 Septembre 2017 portant création, composition, mission et fonctionnement d'un comité technique national en santé scolaire, (iii) la formation des cadres centraux et membres du comité sur le FRESH (Focusing Ressources on Effective School Health) qui se définit comme une approche globale pour réussir à l'école, (iv) la supervision conjointe ministères de la santé, de l'éducation nationale et

de l'enseignement supérieur dans les écoles primaires, les collèges et lycées et à l'université de Niamey, (v) la réunion de coordination annuelle du comité multisectorielle, (vi) la distribution des médicaments dans les établissements scolaires, (vii) l'élaboration de la stratégie d'hygiène en milieu scolaire, (viii) la gestion hygiénique des menstrues dans les établissements scolaires.

Les difficultés rencontrées sont : (i) la léthargie du comité intersectoriel, (ii) le faible financement des activités du comité intersectoriel, (iii) l'insuffisance dans la coordination des interventions des ministères sectoriels, (iv) la faible participation à l'élaboration et à l'exécution des plans d'actions périodiques en matière de santé, IST/VIH/SIDA, Tabagisme, Alcoolisme, Drogue, Hygiène (environnement, alimentaire, corporelle etc...), Santé de la Reproduction (SR), (v) l'insuffisance des infrastructures de santé dans les Universités et les Ecoles, (vi) l'insuffisance de partenariat en matière de santé entre les ministères sectoriels, (vii) la faible couverture des établissements scolaires en infirmeries, en services sociaux et en boîtes à pharmacie, (viii) l'insuffisance dans l'approvisionnement des écoles en produits pharmaceutiques, (ix) l'insuffisance d'agents spécialisés en santé scolaire, (x) l'insuffisance du personnel dans les infirmeries des établissements scolaires et des centres de formations professionnelles, (xi) le faible niveau d'équipement des écoles en infrastructures d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement et (xii) la faible couverture des écoles en prestations de soins de santé et de nutrition.

3.2.8. La santé carcérale

Les principales actions réalisées sont : (i) l'existence d'un arrêté N°00611 /MSP/SG/DGSP/DPS du 15 Juin 2018 modifiant et complétant l'arrêté N° 00160 du 18 Février 2018/ MSP/SG/DGSP/DPS du 14 Février 2018 portant création, composition, attributions, organisation et fonctionnement d'un comité intersectoriel chargé de la promotion de la santé en milieu carcéral, (ii) la participation du MSP à certaines missions de supervision organisées par le CICR dans les établissements pénitenciers, (iii) la tenue des réunions de coordinations annuelles du comité intersectoriel, (iv) l'implication des agents de santé des infirmeries des établissements pénitenciers dans les formations sur certaines thématiques spécifiques en santé, la création d'un corps chargé de la gestion des établissements pénitenciers .

Les difficultés rencontrées sont les suivantes : (i) l'insuffisance dans la coordination des interventions entre les ministères sectoriels, (ii) les difficultés de mise en œuvre des recommandations issues des réunions de coordination ou des missions de supervision, (iii) le faible financement de la santé en milieu carcéral et des activités du comité intersectoriel, insuffisance de l'hygiène et de nutrition, absence des services sociaux, la surpopulation dans les centres carcéraux.

3.2.9 La santé des migrants, réfugiés et déplacés ...

A la Fin du mois de mai 2022, le Niger accueillait **291 629 réfugiés et demandeurs d'asile** originaires du Nigeria (69%), du Mali (21%), du Burkina Faso (5%) et d'autres pays (5%). Plus de **300 000** personnes étaient des déplacés internes et/ou des Nigériens de retour au pays.

Le Niger fait face à une situation humanitaire mixte et chronique, caractérisée par l'afflux de milliers de nouveaux réfugiés, la présence de réfugiés de longue durée et des situations de personnes déplacées internes.

Les principaux besoins des réfugiés et des autres personnes déplacées de force incluent :

- l'accès aux programmes de soins de santé primaires de qualité ;
- l'accès à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles, y compris les services de santé mentale ;
- l'accès aux soins spécialisés ;
- l'accès optimal aux services de santé de la reproduction et à ceux liés au VIH et Des appuis simultanés en vue d'améliorer leur pouvoir d'achat.

Le MSP/P/AS et le HCR leur fournit une assistance sanitaire à tous les niveaux du système de l'offre de soins. Le HCR facilite leur recours aux soins à travers le paiement direct de leurs soins de santé auprès des structures sanitaires publiques. Cette approche participe de la mise en œuvre de sa vision d'intégration des services de santé fournis aux réfugiés dans les systèmes nationaux de santé et de protection sociale. Les réfugiés y bénéficient de services de santé, dans les mêmes conditions que les Nigériens, y compris le paiement de frais similaires de consultations et de soins de santé. Simultanément, l'Etat, le HCR et ses partenaires fournissent des appuis aux réfugiés les plus vulnérables, afin d'améliorer leur pouvoir d'achat et leur permettre de subvenir à leurs besoins essentiels. La vision à l'horizon 2025, est que les réfugiés aient un accès continu aux soins de santé dans le cadre du système national et par leurs moyens financiers propres, à l'instar de leurs hôtes Nigériens.

3.3 Déterminants de la santé

L'état de santé d'une personne est influencé par différents facteurs dont le niveau d'éducation, la position sociale, la nutrition, l'accès à l'eau potable et à l'hygiène-assainissement, l'environnement de vie avec les risques liés à la pollution de l'air, des sols et de l'eau, la gestion des finances publiques et le niveau de richesse des populations. A ceux-là s'ajoute l'environnement de travail. Ces facteurs sont appelés déterminants de la santé.

Au Niger dans le cadre de sa marche vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), la stratégie de la CSU a retenu les déterminants de la santé suivants : la nutrition, l'accès à l'eau potable et à l'hygiène-assainissement, les risques de l'environnement (pollution de l'air, des sols et de l'eau) et la gestion des finances publiques.

Les ministères qui ont en charge ces déterminants sont dits "ministères porteurs de déterminants de la santé".

En matière de nutrition, conscient du défi que représente la nutrition, le Niger a souscrit à plusieurs engagements internationaux, qui doivent également contribuer à l'atteinte de l'ODD 2 « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ». On peut noter en particulier les cibles de l'Assemblée Mondiale de la Santé à l'horizon 2025. Par ailleurs un Haut-Commissariat à l'initiative 3N (HC3N) est fonctionnel depuis le mois de septembre 2011.

Le Niger s'est aussi doté d'une Politique Nationale multisectorielle de Sécurité Nutritionnelle (2016-2025) qui décline les interventions nécessaires dans une large gamme de secteurs (productions, éducation, environnement, protection sociale, réponses aux crises, communication...) en vue d'améliorer l'état nutritionnel de la population de manière durable.

Malgré des performances de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, satisfaisante au niveau des formations sanitaires (au moins 90% d'enfants guéris et moins de 2% de mortalité)¹³, des goulots d'étranglement persistent. Ils sont liés à l'offre de service de nutrition, à la demande de service de nutrition et à la gouvernance.

La faible couverture sanitaire (53,66% en 2021)¹⁴ limite l'accès aux services nutritionnels de qualité curatifs et préventifs et de promotion du développement de la petite enfance (DPE) au niveau institutionnel et communautaire. Les services ont un plateau technique réduit avec une insuffisance de ressources humaines qualifiées. La chaîne d'approvisionnement en intrants nutritionnels est faiblement intégrée dans la chaîne nationale.

Ces services sont faiblement liés^{14,15} aux secteurs-clés qui contribuent à la lutte contre l'extrême pauvreté que sont, la santé, l'hydraulique et l'assainissement et l'agriculture, l'élevage, l'environnement, l'éducation et la protection sociale.

Pour ce qui est de la demande de service de nutrition, elle reste faible pour les services multisectoriels de nutrition, l'accès aux aliments nutritifs et l'amélioration des compétences parentales pour le DPE. La perception du coût associé au service, les connaissances de la population et de l'influence des normes sociales sur l'adoption des pratiques recommandées optimales par rapport au maintien des pratiques traditionnelles doivent être mieux documentées.

Par rapport à la gouvernance, les principaux goulots sont :

- la faible coordination de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN), du plan d'action budgétisé et du Plan global adressant la malnutrition aiguë ;
- l'insuffisance de financement national et la forte dépendance de l'aide extérieure et des financements humanitaires. Les investissements nationaux dans les volets multisectoriels de la nutrition incluant le suivi et l'évaluation de la « Feuille de route pour la reprise graduelle par le Gouvernement du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère » sont initiés mais une augmentation graduelle et continue de même que leur documentation sont requises pour pallier la diminution attendue des allocations liées aux réponses humanitaires classiques au Niger ;
- le retard pris pour l'adoption des textes de détaxation du sel iodé et des aliments sains pour nourrissons (farines infantiles fortifiées...) bloque la production locale et l'accès des ménages à ces produits ;

¹³ District Health Information System (DHIS2)

¹⁴ Système agricole, santé, WASH, protection sociale, éducation

¹⁵ https://databank.worldbank.org/data/download/hci/HCI_2pager_NER.pdf?cid=GGH_e_hcpexternal_en_ext

- l'insuffisance d'évidences permettant d'identifier les interventions les plus efficaces de nutrition dont celles qui peuvent potentialiser la mise en place des actions humanitaire-développement ;
- le poids des normes sociales qui régissent la répartition des responsabilités de soins au sein des ménages limite l'utilisation des ressources pour accéder aux services sociaux liés à la nutrition et à une alimentation saine ;
- la pauvreté des ménages, l'insécurité alimentaire chronique avec pics aigus récurrents et l'insécurité civile sont aussi des goulots d'étranglement importants¹⁶.

Situation de l'eau potable et de l'assainissement du milieu : la problématique de la santé est fortement corrélée à celle de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement du milieu. Au Niger globalement, la proportion des personnes qui consomment de l'eau provenant d'une source améliorée est de 61,7% en 2020 (enquêtes PROSEHA 2020). L'insuffisance d'accès à l'eau potable augmente le risque de maladies d'origine hydrique (comme le choléra), qui entravent l'absorption des nutriments ou favorisent leur déperdition, et contribuent ainsi à la sous-nutrition. Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à ces maladies car leur système digestif et immunitaire est encore en développement. Aussi, faut-il le rappeler, le temps que prend l'approvisionnement en eau de boisson réduit d'autant le temps consacré aux enfants (ex. pour l'allaitement).

Concernant l'assainissement, seuls 11% des ménages (4,3% en milieu rural) utilisent des installations sanitaires améliorées, plus de 70% ont recours à la défécation à l'air libre, source d'insalubrité. L'insalubrité dans et autour des maisons favorise la propagation des maladies infectieuses et transmissibles. L'évacuation inadéquate des excréments humains ainsi que la mauvaise gestion des excréments du bétail sont associées à des maladies gastro-intestinales qui rendent difficile l'absorption de nutriments. Ceci peut engendrer des formes variées de sous-nutrition.

L'amélioration de l'accès à ces services sociaux essentiels passe par l'opérationnalisation de la mise en œuvre des activités du Programme Sectoriel, Eau, Hygiène et Assainissement (PROSEHA 2016-2030).

La couverture géographique des besoins en eau potable des populations est passée de 70,85% en 2017 à 71,14% en 2018 (selon le tableau de bord social de l'INS 2019).

Pour les risques de l'environnement (pollution de l'air, des sols et de l'eau), la pollution est un déterminant de la santé qui a longtemps été oubliée et dont le poids commence à être plus considéré. Au Niger, la pollution de l'air affecte la santé des ménages. Elle contribue significativement à la morbidité et la mortalité liées notamment aux infections respiratoires.

Les stratégies mises en œuvre devront être élaborées par des diagnostics qui restent encore à réaliser au Niger, tant cette préoccupation est récente et souvent laissée pour compte.

¹⁶ Ministère du Plan. Plan de Développement Économique et Social (PDES) 2022-2026. Rapport d'analyse diagnostique globale. Décembre 2021 (*version provisoire*)

La lutte contre la pollution concerne également la pollution des sols et la pollution de l'eau.

Les changements du climat observés ces dernières années ont des effets négatifs sur la production agricole et animale. L'indisponibilité des aliments en quantité et en qualité entraîne forcément la malnutrition et le développement de certaines maladies carencielles comme anémie, carence en vitamine A, iode, etc.

Les changements climatiques entraînent aussi les maladies climato sensibles : méningite, maladies cardiovasculaires et respiratoires (vents, température élevée), les maladies liées à l'eau (choléra, etc.) et également la destruction de l'habitat de la faune ou l'exploitation de la faune comme source alternative alimentaire (le contact de l'homme et la faune est source de transmission des maladies de la faune à l'homme).

➤ **Couverture d'AEP et Assainissement**

Dans l'ensemble, 48,4% des ménages ont accès aux services basiques en 2021 contre 49,6% en 2020. Cette proportion varie de 49,1% en milieu rural et de 44,4% en milieu urbain en 2021 contre 50,4% en milieu rural et 45,4% en milieu urbain en 2020. (Sources : ROH, Bilan/MHA, 2021)

Sur le plan national, le taux d'accès des ménages aux services basiques passe de 7,1% en 2020 à 10,9% en 2021. Pour ce qui est du taux de la défécation à l'aire libre, il a connu une baisse significative de 14,9 points passant de 73,7% en 2020 à 58,8% en 2021 (source : Rapport de l'enquête de suivi des indicateurs prioritaires du PROSEHA 2021).

➤ **Promotion de l'Hygiène Publique et de la santé environnementale**

Les facteurs environnementaux constituent un déterminant essentiel de l'état de santé des populations. Le manque d'hygiène, l'insalubrité du milieu, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive et incontrôlée de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu, le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations.

Les acquis en matière de promotion de l'hygiène et de la santé environnementale se résument à : (i) l'élaboration de la stratégie nationale d'hygiène publique, (ii) l'évaluation et la mise en œuvre du programme PCI dans les établissements de santé, (iii) le renforcement des capacités de la police sanitaire, (iv) l'élaboration du plan de communication sur la gestion des déchets médicaux, (v) l'élaboration de plusieurs textes législatifs et réglementaires en matière d'hygiène publique.

Malgré ces réalisations, plusieurs insuffisances sont constatées notamment : (i) l'insuffisance de financement des mesures de promotion de l'hygiène publique aussi bien en milieu communautaire qu'en milieu de soins, (ii) l'insuffisance dans la mise en œuvre de la PCI en milieu de soins, (iii) l'insuffisance dans la mise en œuvre harmonisée de la stratégie Wash-fit, (iv) comportements peu favorables à la promotion

de l'hygiène et de santé environnementale (défécation à l'air libre, insuffisance de l'hygiène des mains...), (v) Insuffisance d'indicateurs pour apprécier le niveau de performance des actions réalisées en matière de promotion de l'hygiène publique, (vi) insuffisance dans le contrôle et la lutte contre les vecteurs de maladies, (vii) insuffisance dans la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, (viii) insuffisance en matière d'élimination des déchets, (ix) insuffisance des ressources humaines spécialisées en génie sanitaire en nombre et en qualité.

➤ **Sécurité sanitaire des aliments**

Les pays de la région africaine ont développé des Plans d'Action Nationaux de Sécurité Sanitaire (PANSS) pour la période 2020-2023. En cohérence avec la vision régionale, le Niger a également élaboré le PANSS qui constitue une stratégie nationale de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la sécurité sanitaire et propose plusieurs interventions pour les solutionner.

IV. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE ACTUELLE A TRAVERS LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE ET DES QUESTIONS DE POPULATION ET AFFAIRES SOCIALES

4.1 Leadership, gouvernance et partenariat

Le Niger a fourni d'importants efforts pour améliorer la gouvernance. Au niveau de la santé, outre la mise en place d'une Inspection Générale des services, un audit institutionnel a été réalisé en 2015. Cet audit a identifié un certain nombre d'insuffisances qui portent sur les aspects suivants : la planification sectorielle, la décentralisation et la déconcentration, le dialogue politique et la coordination sectorielle, l'inspection, le contrôle et la redevabilité, la mise en œuvre des réformes et le partenariat. Le niveau de mise en œuvre des recommandations issues de l'audit a été évalué en 2022.

4.1.1 Les dispositions légales et cadre juridique du secteur de la santé

Les textes en vigueur sont les suivants :

- le décret n° 2021-319/PM du 11 mai 2021, précisant les attributions des membres du Gouvernement et les textes modificatifs subséquents ;
- le décret n° 2021-325/PRN/MSP/P/AS du 13 mai 2021, portant organisation du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales,
- la loi n° 2019-62 du 10 décembre 2019 et son décret d'application N° 2021/539 MSP/P/AS du 12 juillet 2021 fixant les modalités d'application de la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à l'insertion des Personnes Handicapées.
- le décret n° 2021-583/PRN/M SP/P/AS du 23 juillet portant adoption de la stratégie de la Couverture Sanitaire Universelle ;
- le décret N° 2022- 216/ PRN/ MSP/P/AS du 17 Mars 2022 déterminant les conditions et les modalités d'évacuation sanitaire à l'étranger ;
- la loi n°98-016 sur l'exercice privée de la profession de santé du 15 juin 1998 ;
- la loi n°97-05 du 02 juin 1997 portant ratification de l'ordonnance n°97-002 du 10 janvier 1997 portant la législation pharmaceutique ;

- l'ordonnance de n°93-013, portant code d'hygiène publique ;
- le décret N° 2021-279 /PRN/ MSP/P/AS du 29 Avril 2021 portant adoption de la politique pharmaceutique nationale ;
- le décret n° 2021-786/PRN/MSP/P/A du 23 septembre 2021 portant création de l'Institut National de l'Assistance Médicale.
- le décret n°2022-539/PRN/MSP/P/AS du 29 juin 2022 portant création de l'Agence Nigérienne de Réglementation du secteur Pharmaceutique (ANRP) ;
- la loi N° 2022-34 du 11 juillet 2022 déterminant les principes fondamentaux de la santé et de l'hygiène publique ;
- le décret 2022-915 du 30 novembre 2022 portant adoption des statuts de l'Agence Nigérienne de Réglementation du secteur Pharmaceutique (ANRP) ;
-

En matière de législation, l'arsenal juridique actuel de la santé nécessite une mise à jour pour s'adapter au contexte actuel.

Ainsi, certains textes méritent d'être révisés et complétés par :

- le projet de loi sur les infractions ;
- le projet d'arrêté portant organisation des services centraux et déterminant les attributions des responsables ;
- le projet de textes sur la réforme hospitalière ;
- les projets de décret d'application de la loi déterminant les principes fondamentaux de la santé et de l'hygiène publique (relative à la pharmacie, à l'hygiène publique, à l'exercice privé etc.)
- le projet de loi sur les principes fondamentaux de la protection des personnes âgées ;
- le décret portant transfert des compétences et des ressources aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé.

L'application du décret relatif à la comptabilité des matières nécessite un réaménagement organisationnel en créant des structures tant nationales que locales dédiées exclusivement à la gestion du patrimoine du Ministère en charge de la santé et la nomination des responsables à leurs têtes.

Concernant les écoles privées et les instituts de formation en santé au Niger, l'Inspection Générale des Services assure seulement le contrôle technique. En effet, selon l'ordonnance N°96-035 du 19 juin 1996 portant réglementation de l'enseignement privé au Niger et son décret d'application N°96-210 PCSN/MEN du 08 Août 1996 du Ministère de l'Enseignement Supérieur, le MSP/P/AS n'a aucune emprise sur ces écoles.

En matière de réglementation pharmaceutique, l'Ordonnance n°97-002 du 10 janvier 1997 portant législation pharmaceutique ratifiée par la loi n° 97-05 du 02 juin 1997 consacre la mise en place d'une législation pharmaceutique nationale. L'arsenal réglementaire est contenu dans le recueil de textes de législation sanitaire publié en août 2008, puis mis à jour de manière beaucoup plus spécifique, avec un recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique en 2019. Ce dispositif réglementaire englobe pratiquement tout le secteur pharmaceutique y compris la

Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle. L'arsenal réglementaire national a été complété par des textes communautaires de l'UEMOA.

Dans le domaine de l'accès aux médicaments, on note une diversification de source d'approvisionnement à la suite de la levée du monopole de l'ONPPC en 1996. On note aussi la présence d'un mécanisme de régulation des prix et l'homologation des médicaments à travers le Comité d'Experts chargé de l'Evaluation Technique des Dossiers de demande d'homologation des Produits de Santé à usage humain (CE/ET/PS) et la Commission Nationale d'Homologation des Produits de Santé à usage humain (CNHPS). Une Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) par niveau de soins est élaborée et mise à jour régulièrement tous les deux (02) ans.

Un document de normes en matière de bonnes pratiques (de fabrication, de stockage, de distribution,) est élaboré et mis en œuvre. Le contrôle de la régularité dans le processus est assuré par le service d'inspection pharmaceutique.

L'on note une insuffisance dans le leadership du ministère de la santé caractérisée par :

- la non actualisation de certains textes ;
- l'incomplétude de l'arsenal juridique de la santé ;
- l'insuffisance de textes juridiques dans le cadre des écoles et les instituts de formation du secteur de la santé
- la faible application des textes ;
- la faiblesse dans la planification ;
- l'insuffisance de concertation avec les différents intervenants (le secteur privé de santé, les PTF, les collectivités et communautés)
- la concentration des structures privées au niveau des grandes villes
- l'insuffisance dans la communication pour le changement du comportement
- le faible développement de multisectorialité (entre ministère et ONG, communauté, collectivités territoriales).

L'organigramme actuel du Ministère en charge de la Santé est bien adapté et cohérent avec les réformes des finances publiques et peut répondre à la mise en œuvre des quatre (4) programmes du secteur de la santé.

4.1.2 La planification Stratégique et opérationnelle

Le Ministère de Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales organise une planification ascendante à travers l'élaboration de la micro planification, des Plans Action Annuels (PAA) et la tenue du Comité Technique National de Santé (CTNS) et du Comité National de Santé (CNS). Certaines de ces activités ont souffert de sous financement ce qui a retardé et fragilisé le processus.

Une autre grande difficulté réside dans les cycles de planification et la diversité des ancrages institutionnels de la mise en œuvre de certaines politiques et stratégies.

Des plans d'actions opérationnels annuels sont régulièrement élaborés et alignés au PDS, mais avec un retard d'environ trois (3) mois de mise en œuvre dû au délai relativement long d'approbation desdits plans par les partenaires techniques et

financiers ainsi que l'existence de cadres d'actions parallèles/non alignés de certains de ces PTF.

Enfin, une autre difficulté est liée au non décaissement en volume et à temps des ressources programmées pour la réalisation des activités prévues sur le budget de l'Etat et de certains partenaires.

Cela contribue et renforce la faiblesse dans l'appropriation de la GAR et des plans stratégiques, qui sont également insuffisamment alignés au PDS

4.1.3 La coordination et dialogue sur les politiques de santé

La coordination et le dialogue sont encadrés par des organes de suivi et évaluation du PDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (comité communal de Santé, Comité technique de santé du District, Comité de Santé du District, Comité Technique Régional de Santé, Comité Régional de Santé, Comité Technique National de Santé et le Comité National de Santé). L'organisation actuelle reste caractérisée par un morcèlement et une multiplication des groupes de travail (CCIA, CCM, One Health, commissions et groupes techniques de travail, Comité Technique de la PNSN (CT-PNSN), Groupe Technique Nutrition...), ce qui limite le dialogue et la concertation autour des thématiques importantes et empêche une pleine application des principes de la déclaration de Paris, des ODD, le suivi des réformes et engagements sectoriels etc.

Pour renforcer le leadership du MSP/P/AS dans la prise de décisions en matière de politique sanitaire et veiller à la redevabilité des acteurs au regard des changements et réformes en cours dans le secteur de santé, le MSP/P/AS et ses partenaires ont défini un nouveau cadre conjoint de coordination et de concertation. Ce nouveau dispositif de dialogue en gestation, consiste en une réforme du CNS et du CTNS autour de 3 organes (organes décisionnel, stratégique et techniques) et en définit les missions, la composition ainsi que les modalités de fonctionnement. Il sera déployé dans le cadre du PDSS.

4.1.4 Le partenariat

Il existe le Compact Pays qui engage toutes les parties prenantes signataires à accompagner la mise en œuvre du PDS 2017-2021. Cependant, il convient de signaler que ce dernier n'a pas fait l'objet d'évaluation depuis son élaboration en 2017. Les PTF s'alignent sur les priorités du PDS, dont certains sont regroupés dans le Fonds Commun qui constitue un mécanisme sûr de financement du secteur de la santé.

La société civile et le secteur privé sont associés à plusieurs cadres de prises de décisions notamment le CNS. Le MSP/P/AS édicte des normes et régule le secteur privé dans plusieurs domaines. Il bénéficie également de l'appui-conseil et de la supervision à tous les niveaux.

4.1.5 La redevabilité/Responsabilité

La redevabilité en matière de santé est inscrite dans le cadre des politiques publiques et stratégies. La première des redevabilités dans le domaine de la santé s'opère

devant la représentation du peuple, l'Assemblée Nationale, au moment des questions au gouvernement et dans le cadre du vote des lois et budgets.

Au sein du MSP/P/AS, la redevabilité a fortement évolué ces dernières années avec l'adoption de l'approche budget programme qui renforce l'opérationnalisation de l'orientation sur les résultats. Celle-ci a connu une avancée majeure avec la déconcentration de l'ordonnancement qui devrait mettre un terme au décalage existant précédemment entre la responsabilité technique et l'engagement des moyens et ressources.

Cette évolution majeure est articulée avec les mécanismes de redevabilité internes mais aussi externes que sont les revues semestrielles et annuelles des PAA qui sont organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Des rapports périodiques (REP, Aide-mémoire, RAP) qui en sont issus sont transmis au Secrétariat Général, aux PTF et au Ministère des Finances. Des rencontres ou revues annuelles par partenaire et Etat-PTF sont également organisées. Elles orientent la programmation des PTF et permettent de renforcer leur alignement sur les priorités du MSP. Ces exercices de rendu de compte et de planification sont consolidés dans le cadre des revues, CTNS et CNS.

L'ensemble de ces exercices sont alimentés par des audits, évaluations, basés sur des manuels de procédures, notamment celui du FCS qui sert aujourd'hui de référence au MSP et a nombre de PTF, y inclus ceux qui n'y sont pas contributeurs. Ceux-ci permettent d'articuler les fonctions techniques, administratives et opérationnelles. Les relations entre ces champs ont été formalisées dans le cadre de contrat de performance qui n'ont à ce jour pas été évalués.

La redevabilité s'opère aussi au niveau déconcentré dans le cadre du double mouvement de déconcentration et de décentralisation. Elle s'articule autour des préfets et gouverneurs et des COGES/COSAN locaux, de même qu'avec les communes et conseils régionaux. Ce système de redevabilité, autour du fonctionnement des échelons opérationnels, permettant l'implication des différentes parties prenantes, est complexe.

Elles sont complétées par des cadres ad hoc entre le MSP et les prestataires de soins (syndicats, ordres et sociétés savantes...)

4.1.6 L'applicabilité et l'inspection

Si les responsabilités sont organisées autour et à travers ces différents dispositifs de redevabilité, l'applicabilité relève des services de contrôle.

Ils prennent la forme de contrôles et d'audits effectués afin d'apprécier les performances et le respect des procédures dans l'utilisation des ressources financières mises à la disposition des structures.

La cour des comptes assure aussi le contrôle des dépenses pour vérifier leur conformité en lien avec les procédures. Chaque structure est redevable de sa situation. La reddition des comptes est imputée aux responsables des structures.

Au sein du MSP/P/AS le service clef en charge de l'applicabilité est l'Inspection Générale des Services.

Les services de l'Inspection Générale sont fonctionnels et organisent leur travail autour de l'élaboration des textes et référentiels et de missions d'inspection à travers le pays dans les structures centralisées et déconcentrées aussi bien publiques que privées. Environ quatre-vingts et une (81) enquêtes administratives ont été réalisées de 2017 à 2021. Sur la même période, sept cent soixante-dix-huit (778) établissements publics et privés ont été inspectés. Sur les trois cent huit (308) établissements publics et privés ne répondant pas aux exigences, quatre-vingt-sept (87) ont été fermés et deux cent vingt un (221) mis en demeure pour manquement aux dispositions de la loi pharmaceutique.

La réforme de l'IGS doit être poursuivie et accélérée, notamment en renforçant ses équipes en quantité et qualité, mais aussi en assurant un respect des critères de base dans la nomination des Inspecteurs, mais aussi en renforçant la mise en œuvre des recommandations pertinentes issues des missions d'inspection, notamment via la mise en place d'un cadre formel d'échange entre l'Inspection Générale des Services, le Secrétariat Général et le Cabinet du Ministre. Ces éléments en appui du renforcement de moyens matériels requis pour l'IGS devraient permettre de renforcer et d'améliorer l'application des normes et des recommandations issues des exercices de redevabilité, qui sont eux-mêmes dans un processus de réorganisation et d'amélioration, notamment autour du contenu du CTNS et de l'amélioration de la planification et de l'alignement.

4.1.7 La décentralisation/déconcentration

Le Niger a adopté le scénario de développement en trois (3) phases, mettant ainsi en place un mécanisme de déconcentration et de décentralisation impliquant les communautés et les collectivités territoriales. L'objectif est de rapprocher les niveaux de décision du terrain pour éviter tout centralisme excessif et mettre en œuvre une logique de subsidiarité.

➤ Déconcentration

La déconcentration est engagée depuis le milieu des années 90 dans le secteur de la santé avec la mise en œuvre des fonctions des équipes cadres des districts en charge de la gestion et de l'appui technique au niveau départemental.

Avec l'extension du périmètre du MSP en MSP/P/AS, s'opère un travail de réunification de ces domaines autour des ECD et des DRSP. Ce travail initié au cours du précédent PDS devra être poursuivi et achevé dans celui qui s'ouvre. Cela implique une recomposition et un élargissement des équipes d'appui intégrant les enjeux d'affaires sociales et de population.

Un deuxième niveau de déconcentration a été engagé au cours du précédent PDS, il concerne l'exécution et la gestion du budget du MSP/P/AS. L'ordonnancement de celui-ci a été déconcentré du Ministère de Finances et confié au MSP/P/AS.

Le processus de découpage des districts dont la population où le nombre de structures dépasse les normes va impliquer une réflexion sur l'articulation de ces entités au sein

d'un même département et pourrait conduire à une réforme envisagée au cours du précédent PDS sur l'articulation des ECD ou la responsabilité de l'une d'elle comme Direction Départementale de la Santé pour garantir un alignement de l'échelon opérationnel « santé » et du département.

➤ **Décentralisation**

La décentralisation a été initiée depuis 1996. Le transfert des compétences s'est fait à deux niveaux, au niveau des communes, depuis 2004, puis plus récemment au niveau des régions en 2010. Il a été précisé par le décret 2016/75 du 26 janvier 2016 portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de l'Education, la Santé, l'Hydraulique et l'Environnement. Les Cases de Santé, les CSI et les HD seront sous la responsabilité des communes. Ce décret dispose à son article 7 que les communes ont en charge : (i) la construction, l'entretien et la gestion des cases de santé, (ii) la construction, l'entretien et la gestion des CSI, (iii) la construction, l'entretien et la gestion des HD dans le cadre de l'intercommunalité. Pour ce faire, les Chefs CSI se sont vus confié un rôle de conseiller technique des maires/conseils communaux. La question se pose de leur articulation avec les agents communaux des Affaires Sociales.

Le défi auquel le secteur va faire face est d'assurer le bon fonctionnement du DS dans un contexte où il dépend pour son financement, ses ressources humaines et ses investissements d'acteurs qui relèvent de l'autorité décentralisée et d'autres de l'autorité déconcentrée.

Selon le décret 2016/076 du 26 janvier 2016 portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux régions et collectivités territoriales dans les domaines de l'Education, la Santé, l'Hydraulique et l'Environnement, à son article 7 dispose que les régions collectivités territoriales auront en charge : (i) construction, entretien et gestion des CHR, CSME et autres centres régionaux spécialisés, (ii) gestion du personnel mis à disposition, (iii) présidence du conseil régional de santé, (iv) organisation du système de la gratuité des soins, conformément aux textes en vigueur incluant l'identification des bénéficiaires, la recherche du tiers payant et le remboursement.

Malgré l'existence de ces textes, l'application n'est pas encore effective. Ceci est lié à l'insuffisance : des ressources, de la formation, de l'accompagnement ainsi que de l'application de certains textes. D'autres défis sont à considérer, notamment les décalages de capacités des structures décentralisées à mobiliser des ressources et les difficultés d'opérer une péréquation au niveau local/départemental. Cela pose la question d'un développement à plusieurs vitesses (capacité d'investissement, d'entretien du patrimoine et du matériel, de recrutement de personnel additionnel...). Enfin le travail de découpage des aires de santé en vue de leur alignement sur le territoire des communes qui a bien progressé doit être finalisé.

4.1.8 La participation et gestion communautaire

La responsabilisation des communes redistribue les fonctions qui étaient auparavant assurées par le niveau départemental et local. Dans son esprit, la décentralisation ne vient pas remplacer mais compléter le dispositif de gestion communautaire des structures de santé, COGES et COSAN, qui sont eux-mêmes fédérés aux niveaux

départementaux et régionaux. Ces dispositifs regroupent à l'échelle d'une aire de santé, de DS, HD, CSI /CS, les parties prenantes qui sont en charge des enjeux de santé et de la gestion quotidienne des CSI/CS. Ces structures de participation et de gestion communautaires sont essentielles mais ont souffert de la faiblesse de leur renouvellement par des élections, de leur accompagnement mais aussi des problèmes de financement notamment dus aux retards de remboursement de la gratuité des soins. Leur revitalisation sera essentielle pour le déploiement de certaines réformes prévues dans le présent PDSS.

4.1.9 La multisectorialité

Le MSP/P/AS a élaboré une stratégie nationale de multisectorialité (2014-2020), tenant compte des actions des autres secteurs et pour faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement

Les domaines de la multisectorialité sont entre autres : la CSU, le One Health, la nutrition, l'hygiène, l'assainissement, le capital humain, la jeunesse.

La multisectorialité a été davantage renforcée avec l'extension du périmètre du MSP à la Population et aux Affaires Sociales.

Le MSP/P/AS a le lead dans la mise en œuvre de la CSU et est contributif pour les autres aspects.

Les principales réalisations se résument à : (i) la formation des Points focaux des ministères sur la promotion de la santé, (ii) la mise en place d'un comité multisectoriel de promotion de la santé ainsi que des comités régionaux et (iii) l'élaboration d'un cadre conceptuel.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la multisectorialité sont notamment le sous financement et l'insuffisance de la coordination.

4.1.10 Les réformes du secteur

Des réformes ont été entreprises dans le secteur. Parmi celles-ci on peut citer : la CSU, la e-Santé, la stratégie santé communautaire, la chaîne unique d'approvisionnement (distribution des médicaments et autres produits de santé au dernier kilomètre, le SIGL, gouvernance pharmaceutique), la création d'un observatoire national de santé, le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services à travers la contractualisation, la réforme du SNIS, la réforme hospitalière, l'installation des médecins en milieu rural, mise en place des mesures organisationnelles pour les districts à fort poids démographique, achat stratégique (INAM, FBR, régime contributif,), système d'accréditation des structures de soins et de formation.

4.1.11 La communication institutionnelle

Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, à travers la direction en charge de la gestion de la communication (DAID/RP), met en œuvre des documents stratégiques (plan de communication institutionnelle, les

recommandations de l'audit organisationnel et le plan stratégique national intégré), pour répondre aux préoccupations souvent édictées dans un contexte dynamique de modernisation de l'Etat. Ces stratégies constituent un outil contributif à l'amélioration de la qualité de la communication tant ascendante, descendante que latérale, au sein du département ministériel. A ce titre, sa mise en œuvre répond au souci constant des premiers responsables celui d'améliorer la santé des populations grâce à l'action d'une communication présente et efficiente dans l'exécution du PDS.

Le Ministère de la Santé Publique doit favoriser l'accès à l'information et démontrer davantage un grand souci de transparence aussi bien en interne que vis-à-vis de la population.

4.2 Ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines pour la santé constituent l'élément clé pour la délivrance des soins.

4.2.1 Les effectifs, croissance et statuts

L'effectif des ressources humaines du secteur public de la santé au 31 décembre 2021 s'élève à 17 541 agents dont 5 750 agents contractuels soit 32,78% et 809 appelés du service civique national. La densité du personnel a fortement évolué. Elle est passée de 0,17 en 2017 à 0,40 en 2021, ce qui reste éloigné de l'objectif de 0,80 en 2021. Cette progression est due aux recrutements intervenus en 2019 (250 agents) et en 2020 (1500 agents). Il faut noter que pour certains de ces personnels recrutés, il s'agissait de personnels contractuels déjà en poste, ce qui n'a mécaniquement pas fait croître la densité autant qu'attendu.

La répartition par catégorie des effectifs est la suivante dont 1 291 médecins (7,35%), 1 212 Sages-femmes (6,90%), 6 736 Infirmiers (38,40%). Ramené à la population, le Niger est donc toujours éloigné des normes minimales fixées par l'OMS. Ces effectifs sont complétés par 25 788 relais communautaires.

La lenteur des recrutements des personnels conduit à un vieillissement progressif des effectifs avec 5% du personnel devant partir à la retraite les prochaines années pose la question de leur remplacement et de la croissance attendue des effectifs pour améliorer la couverture sanitaire.

La multiplicité des statuts des personnels (fonctionnaires, contractuels, appelés de service civique national, volontaires, bénévoles, stagiaires...) exerçant dans les structures sanitaires constitue un défi. Celui-ci s'est doublé d'un problème de retard dans le paiement des pécules, ce qui a renforcé les tensions liées aux différences de traitements à des postes similaires. Ce défi a conduit à des grèves importantes durant les premières années du dernier PDS. Les variations dans la rémunération des agents contractuels de l'éducation et de la santé, qui constituent le gros des effectifs dans ces deux ministères, a débouché sur des effets d'aubaines et au départ de certains personnels de la santé vers l'éducation. L'engagement d'un recrutement des agents contractuels comme fonctionnaires et l'alignement des rémunérations au cours du dernier PDS a mis fin à ces phénomènes. Le problème reste cependant entier en ce qui concerne les volontaires et personnels en service civique qui

constituent un appui important au fonctionnement des structures sanitaires ainsi que pour le paiement des relais communautaires dont l'indemnité, qui a été rehaussée de 10000 à 20000 CFA/mois, dépend aux $\frac{3}{4}$ des partenaires et dont le paiement de la côte part devant être assurée par l'Etat n'est pas encore effective.

L'engagement politique de mettre fin à la contractualisation conduit au recrutement de contractuels comme fonctionnaires mais interroge sur les modalités et moyens à mobiliser pour pourvoir les structures actuelles et celles en cours de construction selon les normes en personnel et maintenir la densité de personnels face à la croissance de la population.

4.2.2 L'enjeu de la répartition spatiale des RHS

Le ministère de la santé doit relever un autre défi de taille, celui de rétablir l'équité et la qualité dans la répartition du personnel entre les formations sanitaires en milieu urbain et milieu rural. En 2015, le déséquilibre entre zones urbaines et rurales, qui regroupent plus de 80% de la population, était fortement marqué. 75% du personnel de santé travaillant en zone urbaine contre 25% en zone rurale selon l'audit Organisationnel et Fonctionnel du Ministère de la Santé Publique. Le dernier rapport issu du CTNS 2021 présente une situation nettement améliorée en termes de répartition des ressources humaines. C'est ainsi qu'en 2021, 54% servent en milieu urbain contre 46% en milieu rural.

Une politique de recrutement et de médicalisation des CSI situés dans les chefs-lieux des communes a été initiée en 2011. Elle vise à renforcer la gestion communale des enjeux de santé. Elle a profité des recrutements de 450 médecins affectés dans ces structures qui ont signé un engagement de service de 5 ans en milieu rural et se voient ensuite offert la possibilité d'une spécialisation. Si la politique a été un succès et doit être pérennisée, elle devra être revue pour améliorer la rétention de ces personnels en milieu rural en les appuyant à travers l'amélioration du plateau technique et la possible évolution vers le passage de ces CSI en centres médicaux.

Un deuxième enjeu concerne la gestion des ressources humaines et l'effectif des personnels en spécialisation. A titre illustratif, plus de 6% des RHS ne sont pas en poste pour cause de formation sans remplacement adéquat.

Le troisième défi, qui explique en partie les problèmes ci-haut cités est la grande mobilité des agents. Celle-ci n'est pas toujours été organisée de manière régulière et peine à prendre en compte systématiquement des critères consensuels et privilégiant les intérêts du service. La forte féminisation du personnel de santé (57%), notamment des fonctions d'infirmier et de sage-femme, combinée aux logiques sociales, notamment autour du regroupement familial, renforce la mobilité et rendent difficile le travail de gestion prévisionnelle des effectifs.

Un travail a été conduit dans ce sens. Un guide de mobilité a été élaboré et vulgarisé en 2021 afin d'assurer une bonne gouvernance du personnel. Les textes réglementaires de son application ne sont pas encore disponibles et devront constituer une priorité du prochain PDSS.

Cette réforme pourrait être complétée par la régionalisation des postes budgétaires, conduisant au développement d'une fonction publique territoriale en lien avec la décentralisation décidée par les politiques nationales et testées avec certains ministères, dont celui de la santé.

4.2.3 Le management et gestion des RHS

La gestion des ressources humaines de santé devrait être améliorée à travers le déploiement d'un système informatisé. Un progiciel de gestion des ressources humaines a été mis en place à cette fin. Il génère une évolution importante des pratiques qui devra être accompagné aux différents niveaux par la Direction des Ressources Humaines dont les effectifs devront être renforcés en nombre et compétences.

Ce progiciel pourra s'appuyer sur des fiches de poste dont la description et la validation ont été menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et un test pilote a été conduit dans les régions de Dosso et Tillabéri. Le déploiement de ces fiches de poste devra être conduit très tôt dans le prochain PDSS. Il pourra servir de base à une réforme du management et de redevabilité, qui passera par un renouvellement de la stratégie de contrat de performance, périodiquement signés mais jamais évalués à ce jour. Le renouvellement de cette approche pourra se décliner de manière spécifique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et administrative. L'approche de Financement Basé sur les Résultats (FBR) pourra servir de cadre de mise en œuvre et d'évaluation de ces contrats au niveau opérationnel (structures de district et région) et d'articulation de la rémunération en fonction des résultats.

La manière dont ces dispositifs devront être étendus aux personnels attachés du nouveau périmètre du MSP/P/AS devra être arbitrée dans le cadre du prochain PDSS. De la même façon, devra être résolue la question de l'évolution de la composition des ECD pour prendre en compte les enjeux multiples de management de la santé qu'elles doivent gérer et les réformes initiées.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, des DRSP, on note une insuffisance en nombre et en compétences pour la gestion stratégique des ressources humaines.

Au niveau des ECD, on note l'absence d'un agent techniquement compétent désigné comme responsable de la remontée d'informations concernant les ressources humaines des districts vers les DRSP. Ceci est à la base du manque de fiabilité de ces informations quand elles arrivent au niveau régional.

4.2.4 La formation initiale et continue

Le rythme actuel de production des ressources humaines sur la base des effectifs d'admis à l'Examen Unique de Certification en Santé, organisé annuellement depuis 2011, est en moyenne de 2000 diplômés par année. Au cours des 10 dernières années, seuls 7000 personnels de santé ont été intégrés à la fonction publique, l'Etat étant le principal employeur.

Cette forte production de ressources humaines pour la santé, au regard des besoins et des capacités de recrutement, s'explique, en plus de deux ENSP et deux nouvelles

facultés de médecine au cours du dernier PDS, par l'ouverture de nombreuses écoles et instituts privés de formation en santé (n=53 en 2022). Celles-ci sont implantées dans tous les chefs-lieux des régions et certains départements. Il faut noter que les autorisations de création relèvent des Ministères en charge de l'Enseignement supérieur et celui de l'enseignement technique et de la formation professionnelle après avis technique du MSP/P/AS. La multiplication de ces structures de formation initiale pose la question de la qualité de la formation et le défi de l'encadrement, notamment des périodes de stage cruciales pour la compétence des futurs soignants.

Un travail d'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue a été engagé de longue date par le Ministère de la Santé Publique ; Il a pris la forme de la rehausse des niveaux de recrutement initial. Cette décision a été complétée par l'élaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) 2011-2020 qui devra être renouvelé. Un autre axe de travail a été l'établissement et la mise en œuvre, sur base des curricula harmonisés de formation, développé avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), des infirmiers, sages-femmes, techniciens d'hygiène et assainissement, techniciens de laboratoire et techniciens de développement social et agents de santé de base.

Au Niger, la mise en œuvre des curricula harmonisés selon l'Approche par Compétences (APC), l'organisation chaque année de l'examen unique de certification et la supervision de toutes les écoles et instituts publics et privés de formation en santé (A compléter)

Après l'harmonisation des curricula et l'institution de l'examen unique de certification, le Ministère de la Santé Publique s'est également résolument inscrit dans l'amélioration continue de la formation initiale en s'inscrivant dans un processus d'accréditation des écoles et instituts publics et privés de formation en santé.

4.3 Infrastructures, équipements et maintenance

4.3.1 Les infrastructures : architecture du système de santé du Niger

Le système de santé Nigérien est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire (8 régions et leurs structures de référence) et périphérique (72 districts sanitaires). L'offre de soins est assurée par un réseau d'établissements publics et privés. Les établissements publics sont structurés en 3 niveaux hiérarchisés, calqués sur le découpage administratif du pays.

Concernant l'organisation technique des soins, les prestations de soins sont assurées par un réseau d'établissements de soins structurés en 3 niveaux hiérarchisés.

L'offre de soins de base et de première référence, organisées par 72 équipes cadres de districts est assurée par les Centres de Santé Intégrés (CSI), ils sont au nombre de 1290 parmi lesquels 1267 fonctionnels (98,22%) dont 50 tenus par des médecins. On dénombre 2442 Cases de Santé dont 2329 fonctionnelles (95,37). Articulés avec les 42 hôpitaux des districts, dont seulement 37 disposent de blocs opératoires. Parmi ces derniers, 34 sont fonctionnels soit 91,89%.

A cela, s'ajoutent 70 formations sanitaires des FDS, 3 dépôts de zone de médicaments et 43 pharmacies populaires.

Les structures régionales complètent cette offre de soins avec : sept (7) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), sept (7) Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) et cinq (5) Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS).

Toutes les régions sont dotées d'un CHR sauf la région de Zinder et d'un CSME sauf celle de Niamey. Les CHR et les CSME constituent le niveau de référence le plus élevé pour la plupart des régions (7 sur 8).

Le niveau tertiaire comporte les hôpitaux nationaux et les centres nationaux de référence. On dénombre six (6) hôpitaux nationaux parmi lesquels un (1) Hôpital Général de Référence (HGR) situé à Niamey et un (1) Hôpital de Référence à Maradi (HRM)., trois (3) Hôpitaux nationaux dont 2 à Niamey et 1 à Zinder et une (1) Maternité Nationale de Référence. Les deux hôpitaux de référence possèdent un plateau technique plus performant. Il faut noter l'existence d'un septième hôpital national acquis dans le cadre de la coopération avec la Turquie et géré conjointement par les 2 parties.

Les Centres Nationaux de Référence, au nombre de 10, assurent la prise en charge spécifique de certaines pathologies comme la tuberculose, les IST/VIH, la drépanocytose, la lèpre, la fistule génitale féminine, le cancer etc. Ces Centres assurent également des activités promotionnelles comme la santé de la reproduction ou des prestations comme le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Les défis de la fonctionnalité et de la couverture sanitaire

Ces structures peinent à assurer pleinement leurs missions d'offre de services de qualité mais aussi de structure de recherche et de formation. Elles souffrent notamment de :

- l'insuffisance des ressources financières accordées par l'Etat,
- retard dans les remboursements de la gratuité,
- l'insuffisance des ressources humaines, y compris spécialisées, et de personnel de maintenance,
- la vétusté du plateau technique et l'insuffisance dans la maintenance des équipements ;
- dysfonctionnement des systèmes de référence contre référence et l'engorgement de certains services d'urgence,
- cadre non harmonisé qui limite l'autonomie de gestion d'un certain nombre d'hôpitaux et centres nationaux de référence qui ne sont pas des EPA.

Malgré l'existence des documents de normes et standards en infrastructures et équipements mis à jour pour la 2eme fois en 2021 et des référentiels et une stratégie en matière de maintenance des infrastructures et Equipements élaborée en 2007, qui prennent en compte la décentralisation des services de maintenance par l'installation des Ouvriers polyvalents au sein des districts sanitaires, ces contraintes font que plusieurs structures de santé n'offrent pas le paquet de soins attendus, ce qui réduit d'autant la couverture sanitaire.

Rehausser cet indicateur était un objectif majeur, inscrit dans le Programme de Renaissance du Président de la République acte II et le plan de développement sanitaire (2017-2021) qui visaient à « renforcer les capacités du secteur de la Santé, d'accroître la couverture sanitaire et améliorer la qualité des soins ». Pour ce faire, il a été prévu :

- la transformation de 100 Cases de Santé en Centres de Santé Intégrés de type II par an ;
- la réhabilitation des infrastructures sanitaires,
- la mise à niveau des infrastructures sanitaires,
- la construction de nouvelles infrastructures spécialisées ;
- le renforcement des plateaux techniques ;
- le renforcement du système de maintenance ;
- la formation continue des techniciens de maintenance ;
- la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques à l'utilisation des équipements médicaux.

Ces objectifs n'ont été que partiellement atteints à travers:

- la réhabilitation de : 27 CSI ; 16 HD et 5 CHR ;
- la construction/reconstruction de : 9 CSI, 2 unités de santé buccodentaire ; 6 HD ; 19 Maternités ; 1 pavillon de chirurgie viscéral ; 1 Hôpital Général de Référence ; de 6 unités de Santé Mentale, d'un (01) hôpital de Référence de Maradi et d'une (01) salle d'archives sur le site du garage SERPA en cours de réalisation.
- moins de 50% des Cases de Santé prévues ont été transformées en CSI.

Les problèmes de fonctionnalité des structures existantes, le non-respect du plan de couverture, la relative faiblesse des constructions réalisées au cours du dernier PDS expliquent, en partie, la faible progression de la couverture sanitaire au cours du dernier PDS (de 50,13% à 53,6%) et la non atteinte des objectifs fixés (75%).

Pour améliorer la couverture sanitaire il convient de relever 4 défis dans le PDSS à venir :

- rendre fonctionnels les structures et plateaux techniques existants,
- ne pas engager de construction systématique de structure hospitalière dans des structures d'un autre niveau.
- Prioriser
 - ✓ la construction de structures de première ligne, notamment de CSI, plutôt que des structures de 2eme ou 3eme référence,
 - ✓ en développant des modèles modulables de construction à bas coût pour le passage d'une CS à un CSI,
 - ✓ en adaptant ces constructions au bassin de population desservi.
- respecter les critères et normes (bassin de population, éloignement des autres structures...) dans la priorisation des structures à construire, transformer ou réhabiliter.

4.3.2 Les équipements

Comme souligné plus haut, la fonctionnalité de structures et la continuité de soins constituent des défis centraux. Ceux-ci renvoient aux difficultés dans l'équipement et la maintenance.

Le pourcentage de structures de santé pleinement fonctionnelles est de 78%. 22% des CSI n'ont pas de chaîne de froid fonctionnelle (Annuaire statistique 2020) ce qui impacte directement la couverture vaccinale de routine notamment. La faiblesse de la fonctionnalité du parc automobile handicape les activités avancées mais aussi les évacuations sanitaires et les supervisions.

Un certain nombre de réalisations ont été enregistrées au cours du dernier PDS, notamment la dotation de 93% des CSI en matériel informatique et connexion en vue notamment de faciliter la remontée des données et de renforcer le système d'information sanitaire. Les moyens mis à disposition dans le cadre de la réponse au COVID-19 ont également permis de mettre à niveau certains plateaux techniques de soins ou d'analyse et de laboratoire. Par exemple dans le cadre du Programme d'Urgence (PRU COVID 19), on note l'acquisition de 120 échographes, de 250 concentrateurs d'oxygène, de 214 automates d'hématologie, de 20 moniteurs de surveillance, 500 oxymètres de pouls. A cela s'ajoute l'acquisition de 100 kits complets d'équipements de laboratoire au profit de 100 CSI frontaliers pour renforcer la surveillance et la lutte contre les maladies à potentiel épidémique. Grâce à divers appuis on note également la fourniture de 12 échographes, d'une centrale d'oxygène et d'un incinérateur moderne au niveau de toutes les régions. A ces réalisations s'ajoutent le fait que l'ensemble des Formations Sanitaires construites, réhabilitées, transformées ou finalisées au cours de la période 2017-2021 ont été équipées.

Même si les situations d'urgence ont débouché sur des exceptions aux règles de passation des marchés, le dernier PDS a permis d'enregistrer des progrès importants dans l'identification des besoins, l'élaboration des dossiers d'appel d'offres et leur centralisation ainsi que le formalisme dans la passation des marchés.

Il n'en demeure pas moins que 5 grands défis restent à être relevés en matière d'équipement :

- améliorer la gestion des donations d'équipements et de produits médicaux en vue d'harmoniser le parc et d'en faciliter la gestion,
- tenir compte de la disponibilité des ressources humaines avant toute affectation de matériels techniques,
- réduire les délais de déploiement et de mise en fonction des équipements,
- renforcer la concordance des affectations/effectivité du redéploiement des personnels en fonction de la fonctionnalité des plateaux techniques,
- engager une politique de gestion du patrimoine y compris d'amortissement, des bâtiments et des équipements, pour en améliorer la gestion, augmenter leur durée de vie et en permettre le renouvellement.

4.3.3 La maintenance

Les données présentées ci-dessus concernant les problèmes de chaîne de froid comme de parc logistique soulignent que la maintenance reste un défi important. Comme mentionné plus haut, des référentiels et une stratégie en matière de maintenance des infrastructures et équipements ont été élaborés en 2007. Ils n'ont que partiellement été mis en œuvre. Cela tient à la faiblesse de moyens et des priorités accordées à cette fonction clef pour le fonctionnement du système de santé.

La question des ressources humaines constitue une limite majeure. Le PDS 2017-2021 ne prévoit pas de façon explicite les ressources humaines à allouer au secteur malgré les insuffisances relevées dans la gestion de la maintenance des infrastructures et équipements. Au niveau national, on dénombre 14 agents de maintenance toutes catégories confondues répartis entre les différentes structures de la DIES. (Voir tableau en annexe). Les ressources humaines au niveau régional sont aussi limitées. La norme qui prévoit au moins 2 agents (1 agent du SERAM et 1 agent du SERMEX par région) n'est pas atteinte partout. Enfin, sur les 72 districts que compte le Niger, 38 seulement disposent d'Ouvriers Polyvalents de Maintenance.

Ce problème se double des conséquences des problèmes rencontrés dans la gestion des équipements. La disparité du parc rend l'entretien du matériel plus complexe et coûteux (plus grand nombre de pièces, défi du contrôle de la qualité, de l'exercice des garanties...).

Ce coût est difficilement supporté par les dotations de l'Etat qui ont du mal à être complétées par les ressources des structures du fait de la faiblesse de celles-ci (retard de remboursement de la gratuité notamment) mais aussi de contraintes de gestion (latitudes/conditions d'engagement des dépenses d'entretien).

Des bonnes pratiques ont été déployées au niveau de certaines structures, notamment des logiques de contractualisation avec des opérateurs privés pour l'entretien des équipements, dont les clauses prévoient la formation des personnels utilisateurs en maintenance préventive et petites interventions curatives, ce qui a permis une fonctionnalité améliorée de certains matériels et une offre continue de services. Ce type de solutions locales pourrait être documenté et favorisé.

Pour répondre à ces défis centraux, le prochain PDSS doit donc :

- renforcer des ressources humaines d'OPM et au niveau de la Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires ;
- améliorer les moyens de maintenance (accroître les ressources financières, logistique, outillage, pièces de rechanges et consommables) au niveau régional et districts sanitaires ;
- développer et opérationnaliser un plan valorisé de mise en œuvre de la stratégie de maintenance ;
- intégrer des Services des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (SIEM) au niveau des Directions Régionales de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS).

4.4 Système d'information sanitaire et recherche en santé

4.4.1 Le système d'information sanitaire

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2017- 2021, les principales actions entreprises sont : (i) la réalisation, le suivi-évaluation régulier de la mise en œuvre du plan stratégique SNIS, (ii) l'organisation chaque année d'une réunion de coordination des gestionnaires des données, (iii) la création d'un cadre de concertation, de coordination et de gestion du SNIS y compris les structures privées, les ONG et Associations de développement notamment la réunion des acteurs du SNIS et ses partenaires depuis 2018, (iv) l'élaboration du manuel des procédures opératoires standards et du guide de revue des données en 2019 , (v) la supervision régulière est menée régulièrement avec au moins une visite de supervision par an, et rétro-information écrite sur les visites de supervision incluant les commentaires sur la qualité des données , (vi) la mise à la disposition de ses démembrements d'importants lots de matériels informatiques et de communication (1 567 ordinateurs), (vii) le renouvellement et la mise à niveau de la salle serveur, (viii) la construction d'une nouvelle salle, (ix) la révision des outils de collecte des données du SNIS, (x) la formation de 1 184 cadres à différents niveaux de la pyramide sanitaire sur l'utilisation de plateforme DHIS en vigueur, (xi) la diffusion des rapports des enquêtes SARA (Service Availability and Readiness Assessment ou enquête sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services), DQR (Data Quality Review ou revue de la qualité des données), (xii) la diffusion des annuaires statistiques, la production et diffusion des bulletins, (xiii) le déploiement de la plateforme DHIS2 dans tout le pays jusqu'au niveau des CSI comme seule base officielle des données sanitaires de routine.

Malgré ces performances, les insuffisances ci-dessous ont été relevées à savoir : (i) l'insuffisance d'appropriation de la plateforme DHIS2 par les utilisateurs , (ii) l'insuffisance de disponibilité des données sanitaires de qualité dans les formations sanitaires publiques et privées, (iii) la faiblesse des taux de promptitude et de complétude des formulaires dans le DHIS2, par rapport aux objectifs fixés dans le PDS (respectivement de 97% et 100% en 2021) , (iv) l'inexistence d'une salle de documentation adéquate et (v) l'insuffisance de supervisons des structures privées.

4.4.2 La recherche en santé

Concernant la Recherche en santé, les principales activités ci-après ont été réalisées : (i) la formation de plusieurs agents du MSP et des chercheurs en méthodologie de la recherche et en écriture scientifique, (ii) l'élaboration des textes législatifs et réglementaires sur la recherche en santé, (iii) la mise en place du cadre de concertation et d'échange pour la recherche en santé, du comité PAGE pour les bonnes pratiques en santé et du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé, (iv) la tenue du forum de capitalisation des résultats de la recherche et des bonnes pratiques en santé, (v) l'élaboration et mise à jour de la base des bonnes pratiques en santé, (vi) participation aux rencontres scientifiques internationales, (vii) l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles de recherche, (viii) la tenue des réunions de coordination de la recherche, (ix) la suivi des activités de recherche, (x) la formation de cadres du niveau central et régional à la Recherche, (xi)

l'organisation de deux sessions de formation à l'écriture scientifique, (xii) formation de 12 cadres en RSS et économie de la santé à ULB, (xiii) suivi et encadrement des équipes régionales en recherche action depuis 2017 , (xiv) création d'un cadre de concertation pour la recherche en santé au niveau central,(xv) fonctionnalité des comités : Cadre de Concertation de la Recherche en Santé, Passage à Grande Echelle des bonnes pratiques en Santé (PAGE), Comité national d'éthique ,(xvi) création d'une base des données de 2017, 2018, 2019 qui centralise les résultats de la recherche, (xvii) Organisation de deux foras de capitalisation de bonnes pratiques de la recherche en santé en 2017 et 2019 et des journées scientifiques de certaines structures.

Les principales difficultés rencontrées sont les suivantes : (i) faible couverture des cibles à former en matière de méthodologie de la recherche en santé, (ii) faible coordination de la recherche en santé, (iii) sous-financement des activités de la recherche en santé, (iv) insuffisance du cadre législatif et réglementaire de la recherche en santé, (v) mobilité des acteurs formés en méthodologie de la recherche, (vi) insuffisance des recherches appliquées, (vii) faible vulgarisation des bonnes pratiques de la recherche en santé à temps réel , (viii) absence de cadre d'évaluation de la qualité des rapports de recherche, (viii) absence d'un mécanisme formel d'implication et participation des chercheurs de la diaspora, (ix) insuffisance en écriture scientifique, (x) faible maîtrise des méthodes de rédaction et d'analyse des résultats de la recherche en santé, (xi) insuffisance de la maîtrise des méthodes de communication écrite et orale pour une meilleure dissémination des résultats de la recherche par certains acteurs , (xii) absence de mise en place des Cadres de Concertation de Recherche en Santé (CCRS) au niveau régional et départemental.

4.5 Financement de la santé¹⁷ et protection contre le risque maladie

4.5.1 La Dépense Nationale de Santé

La Dépense Nationale de Santé (DNS) a sensiblement augmenté au cours des 5 dernières années. Cette croissance a été plus faible que celle du PIB. De ce fait, la part de la DNS représentait 8,07% du PIB nominal en 2017 et seulement 6,43% en 2020.

Ramenée par habitant, la DNS, est passée de 18 475 CFA en 2017 (soit 36,95\$) à 22 349 francs CFA en 2020 (soit 44,70 \$US) ce qui reste 3 fois inférieur au montant minimal retenu par l'OMS pour assurer la Couverture Sanitaire Universelle (125 \$).

En 2020, le financement de santé repose à 46,88% sur les contributions des ménages (47,83% en 2017), suivie par la dépense publique issue des revenus nationaux à hauteur de 37,21% (contre 33,4% en 2017) et par les transferts d'origine étrangère pour 14,6% (contre 11,9% en 2017).

Les dépenses principales de santé sont dominées par l'acquisition des biens médicaux (32,16% en 2020 et 30,87% en 2017) et le fonctionnement des hôpitaux et des centres

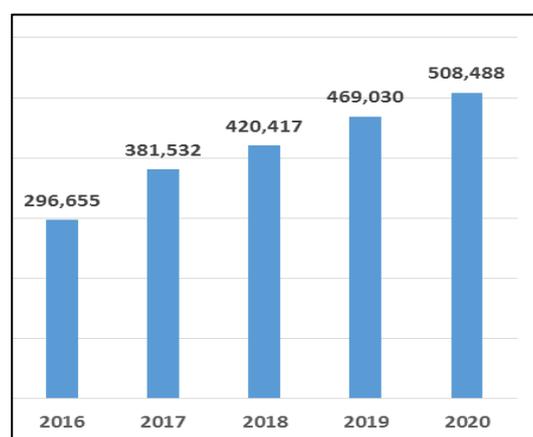


FIGURE 20: EVOLUTION DE LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE AU COURS DU PDS 2017-2021.

¹⁷ L'ensemble des données de cette partie sont issues des Comptes de la Santé.

ambulatoires (26,87% en 2020 et 53,87% en 2017). Les frais de gouvernance et d'administration varient en fonction du périmètre retenu entre 19,19% en 2020 et 12,43% en 2017.

4.5.2 La collecte des fonds

Le budget de l'Etat consacré à la santé a légèrement évolué, passant de 5.58% en 2017 à 7.21% en 2020. Malgré l'adhésion du Niger à la déclaration d'Abuja, le budget consacré à la santé reste plus de 50% inférieur à cet engagement.

Si la mobilisation des fonds nationaux a augmenté en valeur absolue, sa part dans le financement de la DNS reste stable.

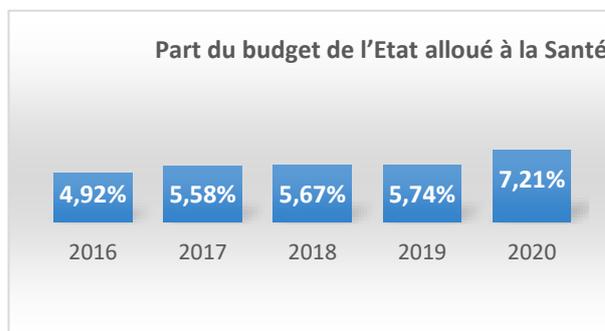


FIGURE 21: EVOLUTION DE LA PART DU BUDGET DE L'ETAT ALLOUE A LA SANTE DE 2016 A 2020

4.5.3 La mise en commun et protection contre le risque financier

4.5.3.1 La mise en commun des fonds

Le budget de l'Etat, appuyé par l'aide budgétaire apportée par les PTF constitue la base du fonctionnement du système de santé. La contribution complémentaire des PTF au financement de la santé au Niger est importante et prend différentes formes (projet, financement dédié, dons) dont la coordination doit être améliorée. Des initiatives pour favoriser l'alignement des PTF dans le cadre du financement du PDS ont été engagées. Le Compact en est un bon exemple. Ces initiatives ont eu du mal à se concrétiser et restent concurrencées par la multiplication des approches projets et d'appui budgétaire qui contribuent à la fragmentation du financement de la santé et à sa difficile prévisibilité. Ces différentes stratégies d'appui financier, conduites par une multitude d'acteurs, peinent à être coordonnées (cf. partie gouvernance).

L'initiative décisive de mise en commun et d'alignement des PTF sur le PDS reste le Fond Commun Santé. Créé en 2006, celui-ci constitue une initiative importante, qui a constitué un accélérateur de bonnes pratiques dans les PDS antérieurs. Le développement synchrone du FC et du ministère a ainsi permis d'enregistrer des progrès dans la planification, la rationalisation de certaines dépenses, la redevabilité interne. Tout à la fois alternative aux approches projets et matérialisation de la déclaration de Paris, le FC a longtemps permis d'assurer une continuité du financement des activités clefs du niveau opérationnel, notamment entre deux exercices budgétaires ou en cas d'urgence. Sa flexibilité, son logement au niveau central et sa mise en œuvre au niveau région et district a favorisé la déconcentration et en a fait un moyen de péréquation et de subsidiarité des appuis. Néanmoins, le FC a souffert de : la perte partielle de son caractère fongible avec l'introduction d'une approche projets spécifiques, mais aussi l'abandon d'un certain nombre de bonnes pratiques (restitution entre pairs des audits, adaptation locale des dotations en fonction des degrés d'appui des PTF...) ou l'interruption de stratégies de réforme (contrats de performance). Le Ministère a fait le choix fort en fin 2021 d'un retour sur sa logique principale, pour en faire, de nouveau, le dispositif central d'opérationnalisation du

PDSS. L'arrivée de nouveaux partenaires au FC constitue une évolution de bon augure qui devra permettre de renforcer l'orientation sur la gestion orientée sur les résultats du FCS et à travers lui du PDSS.

Un travail a également été engagé en fin de PDS 2017-2021 sur l'alignement des indicateurs, et à travers eux des acteurs, de l'aide budgétaire. De la même manière, le décret portant création de l'INAM signé en 2021 ouvre la porte à de nouvelles modalités de mise en commun des fonds. Dans cette perspective se dessine une structure de financement durable, avec un appui à l'offre de soins via le budget du ministère de la santé et celui du Fonds Commun et sa contrepartie par le financement de la demande de soins par l'INAM et à terme la Caisse Nationale d'Assistance Médicale (CNAM), le tout alimenté par l'Etat et une aide budgétaire alignée.

4.5.3.2 La protection contre le risque financier lié à la maladie

Les contributions des usagers restent la source principale de financement de la santé. Elle évolue peu en pourcentage (46,88% en 2020 contre 48,31% en 2017 au début du PDS) et son volume reste très élevé au regard des recommandations de l'OMS pour éviter le risque de dépenses catastrophiques pour les ménages (15 à 20%) comme des niveaux observés dans les autres pays de la sous-région.

La conséquence directe de cette structure du financement de la santé est que la proportion des ménages confrontés à des dépenses catastrophiques de santé est passée de 4,4% à 6,5% entre 2017 et 2019. Ce chiffre est supérieur à ceux des pays de la sous-région tels que le Mali (2,1%), du Burkina Faso (3,1%) et du Sénégal (3,3%). L'augmentation de ce chiffre hypothèque l'objectif à l'horizon 2030 que 100% des nigériens soient protégés contre le risque financier lié à la maladie.

Au Niger, les mécanismes assurantiels et mutualistes de couverture du risque maladie, pour la fonction publique, le secteur privé ou volontaires restent peu développés. La Stratégie Nationale CSU recense moins de 2 millions de personnes couvertes par des régimes contributifs assurant une couverture partielle ou complète de paiement. Ces régimes contributifs représentent 4,87% de la dépense courante en santé (CS 2020).

Le reste de la population contribue directement à sa prise en charge sanitaire via un paiement direct déployé dans un système de « recouvrement des coûts » issu de l'initiative de Bamako. Le système retenu par le Niger repose sur un certain nombre de dispositifs de mutualisation des risques et des ressources locales, notamment les logiques de forfait à l'épisode maladie, les mécanismes de centime additionnels, qui permettent d'éviter certaines dépenses exceptionnelles.

Cette logique de contribution directe des usagers a été amendée par les politiques d'exemption de paiement déployées depuis 2006 (soins des enfants de moins de 5 ans, planning familial, CPN, césariennes et cancers féminins). La gratuité a contribué (avec d'autres facteurs) à une hausse des recours aux soins mais n'a eu dans la pratique qu'un impact très limité sur la réduction de la contribution des usagers. Cela s'explique par la faiblesse dans le remboursement effectif des factures émises (moins de 47%) et un montant d'arriéré important (49 milliards au 1^{er} juillet -2022). Cette situation critique impacte fortement sur la viabilité financière des structures et conduit

à un retour à des logiques de prescription d'ordonnances qui mettent à mal les mécanismes de mutualisation préexistants.

C'est dans ce cadre que la mise en place de l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM), organisme gestionnaire prévu par la stratégie CSU qui doit professionnaliser la gestion de l'achat stratégique de soins, et au premier chef le fonctionnement de la gratuité, constitue un défi central dans la marche vers la couverture sanitaire universelle. L'opérationnalisation et la professionnalisation du paiement de la gratuité dans le cadre de l'INAM constitue une priorité du PDSS. Cela implique d'apporter des réponses politiques à la situation critique que constitue les arriérés de paiement de la gratuité¹⁸.

4.5.4 Les modalités d'achat

L'organisation et la structure générale de la dépense en santé a évolué avec l'adoption de l'approche budget programme, qui vise à orienter l'organisation du système de santé vers une approche centrée sur la performance plutôt que les moyens.

L'achat stratégique est au cœur de la stratégie nationale de couverture universelle santé 2021-2030. Ce défi est central car au Niger coexistent diverses modalités d'achat de services. Au niveau national les politiques de gratuité constituent une base d'achat dont les ambitions et les limites multiples ont été évoquées précédemment. D'autres approches, qui restent pour le moment à l'échelle de projets pilotes sur un ou plusieurs districts, sont à l'œuvre, selon des modalités différentes, appuyées par différents partenaires. Cela concerne les expériences de déploiement systémique ou ciblé de paiement basé sur la performance articulée ou non avec des approches de mutuelles de santé départementales, toutes deux plus ou moins articulées avec les mécanismes de gratuité.

Les résultats enregistrés par ces initiatives sont intéressants mais les moyens financiers et humains qu'ils mobilisent interrogent leur pérennité et leur capacité à sortir des logiques pilotes dans lesquelles ils sont inscrits. Un autre point d'attention réside dans l'intégration opérationnelle de ces approches.

4.5.5 L'efficacité et l'équité dans l'utilisation des ressources

D'un point de vue structurel, les défis de l'efficacité et de l'équité dans l'utilisation des ressources sont multiples¹⁹. Le premier d'entre eux est la faiblesse de l'exécution technique et financière des programmes qui étaient respectivement de 65,52% (pour un objectif de 75%) et de 55% (contre 87,99% en 2019 pour un objectif de 80%) en 2020 (RAP 2020). Un deuxième niveau de problème en matière d'efficacité et d'équité de la dépense réside dans un certain nombre de défis structurels et organisationnels qui génèrent des coûts importants et grèvent le fonctionnement d'ensemble du système de santé, comme par exemple la libéralisation et, de fait, la privatisation partielle, de la formation initiale et la faiblesse du niveau initial des personnels de santé

¹⁸ Il est probable que le règlement de cette situation sera conditionnée à une remise en cause des principes de ristourne, qui représente 35% du recouvrement des coûts, y compris de la gratuité, reversée aux personnels des hôpitaux de deuxième référence et des remises, de 5% de la valeur des commandes de médicaments livrées, reversées au ECD. Ces deux phénomènes qui bien que légaux contribuent au déséquilibre des comptes des structures et aux difficultés dans la disponibilité des médicaments et autres intrants.

¹⁹ L'efficacité/inefficacité dans l'utilisation des ressources financières sera décrite et les problèmes identifiés

qui génèrent des niveaux d'encadrement et de formation problématiques, des niveaux de qualité plus faible et des surcoûts pour y répondre via la formation. D'autres défis récurrents génèrent d'importants problèmes en matière d'équité, notamment la concentration des ressources humaines dans les zones urbaines et chefs-lieux des régions, le problème de répartition spatiale des structures sanitaires qui génèrent des surcoûts parfois importants et une réduction de l'efficacité des fonds investis dans la production des soins.

A ces défis s'ajoutent des défis systémiques comme les problèmes dans le remboursement de la gratuité des soins qui débouchent sur des palliatifs (recours aux ordonnances) qui impactent l'équité mais aussi les logiques de don en produits par les partenaires, parfois complétés par des projets de renforcement des systèmes de santé, qui permettent une disponibilité des intrants mais génèrent une inefficacité liée à la multiplicité des circuits d'approvisionnement et à des investissements qui ne contribuent pas systématiquement au fonctionnement effectif des services. Un autre défi de l'efficacité tient aux enjeux de redevabilité et de responsabilité dans le cadre d'un système basé sur la gouvernance locale dans un contexte caractérisé par la faiblesse de la fonctionnalité des COGES et COSAN et la faiblesse de l'efficacité de la décentralisation / communalisation de la santé.

Un certain nombre de réponses ont été apportées. Elles restent malheureusement partielles et devront faire l'objet d'un engagement continu de toutes les parties prenantes : travail sur le découpage administratif, médicalisation des structures périphériques dans le cadre d'un appui-conseil aux autorités communales, chaîne unique d'approvisionnement et son extension jusqu'au dernier kilomètre etc. D'autres solutions restent à être opérationnalisées, notamment l'INAM, ou à être confirmées par exemple le développement d'une fonction publique territoriale ou le développement de centres de santé médicalisés.

4.6 Médicaments et autres produits de santé

La disponibilité des médicaments et des autres produits de santé n'est pas satisfaisante en raison de nombreuses ruptures de molécules observées à tous les niveaux. Pour un niveau attendu de 0,8%, le taux de rupture est passé de 2,22% en 2017 à 14,36 % en 2020 au niveau des Cases de Santé (CS), de 2,58% en 2017 à 9,62% en 2020 au niveau des Centres de Santé Intégrés (CSI), de 0,34% en 2017 à 2,73% en 2020 au niveau des Hôpitaux de District, de 0,47% en 2017 à 0,22% en 2020 au niveau des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 0,47% en 2017 à 0,82% en 2020 au niveau des Centres de Santé Mère/Enfant (CSME). Sur le plan national, ce taux est passé de 2,58% en 2017 à 9,03% en 2020 (REP 2020).

Cette contreperformance est liée à des ruptures de stock au niveau national de certaines molécules (anti tuberculeux, SRO, diazépam, médicaments vitaux santé maternelle, contraceptifs, etc.) et des vaccins pendant des périodes plus ou moins prolongées. Dans la plupart des cas cela résulte (i) d'un manque de fonds d'achats de certaines structures pour des raisons diverses (fermeture des comptes du recouvrement des coûts, non remboursement des frais de la gratuité), (ii) d'un dysfonctionnement dans la chaîne de distribution, d'une non-maîtrise du besoin réel,

d'une mauvaise gouvernance dans la gestion.

L'administration du secteur pharmaceutique est assurée par la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT). D'autres structures telles que l'Inspection Générale des Services, le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), la Direction des Laboratoires de Santé (DLS) et le Comité National d'Ethique et de Recherche en Santé (CNEERS) participent avec la DPH/MT au système national de réglementation pharmaceutique.

A côté de ces institutions, ont été mis en place d'autres organes opérationnels pour s'occuper d'aspects spécifiques du secteur pharmaceutique. Il s'agit (i) de l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments essentiels et génériques, (ii) de la Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques (SONIPHAR) chargée de la production pharmaceutique avec deux usines, (iii) le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) chargé d'organiser et coordonner la transfusion sanguine sur l'ensemble du territoire. A côté de ces structures publiques, d'autres acteurs privés participent au système d'approvisionnement et de distribution ; il s'agit des établissements privés d'importation et de distribution en gros, des Officines de pharmacie, des dépôts pharmaceutiques, des fournisseurs privés de réactifs et de matériels techniques) et d'autres acteurs (y compris les partenaires).

La STA qui produit les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour les enfants malnutris aigus rencontre des difficultés épisodiques (production , stratégique, financier et fiscal) malgré la volonté gouvernementale de supporter cette entreprise locale. Ceci nuit à la stabilité de l'entreprise qui joue pourtant un rôle essentiel dans le traitement de la malnutrition aiguë tant au niveau national qu'au niveau régional.

L'ONPPC est la centrale nationale d'achat chargée de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments essentiels et génériques. Créé en 1962, avec des statuts révisés en 1999 et doté de statut d'Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC), l'ONPPC dispose de trois (3) dépôts de zone (dans les régions de Niamey, Tahoua et Zinder) pour l'approvisionnement des formations sanitaires publiques et privées ainsi de quarante-trois (43) pharmacies populaires réparties sur l'ensemble du territoire national pour la dispensation au public.

Par ailleurs, l'ONPPC fournit les centrales d'achats privées et environ cent cinquante (150) officines privées. Outre les commandes pour satisfaire les besoins de son propre réseau, l'ONPPC gère les médicaments et autres produits de santé des programmes nationaux de santé (PNLP, PNLT et le PNLSH) et des directions nationales (DPF, DSME) et, dans une moindre mesure, d'un certain nombre de partenaires.

Les activités de contrôle qualité sont réalisées par le LANSPEX et sont relatives à l'homologation des dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), au contrôle de qualité des médicaments importés et produits localement, à la surveillance du marché.

Depuis 2015, plusieurs études et évaluations ont porté sur le système national d'approvisionnement (audit organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé Publique, l'étude sur la chaîne d'approvisionnement, cartographie du système

d'approvisionnement, cartographie des établissements pharmaceutiques, évaluations du Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL), revues du système national de réglementation pharmaceutique réalisées en 2013 par l'UEMOA, en 2019 par le Ministère de la Santé Publique et en 2021 par l'Organisation mondiale de la Santé).

Il ressort de ces études et évaluations les insuffisances ci-après :

- en matière de disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires, les principaux goulots d'étranglement sont : (i) une faible disponibilité des médicaments dans le secteur public, (ii) une production locale quasi-inexistante de médicaments et autres produits de santé , (iii) une insuffisance dans la surveillance du marché, (iv) un nombre excessif d'acteurs impliqués dans l'approvisionnement et la mise à disposition des produits rendant le contrôle et le suivi et évaluation des activités du secteur particulièrement difficile, (v) une présence de chaînes de distribution parallèles non coordonnées, (vi) une multiplicité et diversité des dons de médicaments non conformes à la réglementation (charte des dons), (vii) une insuffisance de fonds de roulement des différents établissements de santé publique en partie liée au non remboursement des factures de gratuités, (viii) une absence d'un mécanisme formel de transport des produits de santé au dernier km, (ix) une existence d'un réseau de marché illicite, (x) une insuffisance du système de supervision.

- l'inadéquation du document de politique pharmaceutique nationale ainsi que celle de la législation pharmaceutique

C'est ainsi que le Niger a engagé depuis 2018 une refonte du système d'approvisionnement national avec comme résultats :

(i) l'élaboration d'un plan stratégique national du système d'approvisionnement en produits de santé (PSNA) 2019 – 2023 dont les principes directeurs sont :

- le renforcement de la gouvernance à travers la coordination des acteurs et des activités, la mise en place d'un cadre réglementaire adéquat, la création d'une Agence du Médicament, des procédures, des instances adaptées, une planification et un suivi rigoureux des activités ;
- la distribution au dernier Kilomètre pour permettre l'équité dans la distribution des produits de santé en couvrant l'ensemble du territoire national ;
- la traçabilité, la transparence et la redevabilité à travers le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL).

(ii) la révision et l'adoption d'une nouvelle Politique Pharmaceutique Nationale en avril 2021.

Les différentes études et évaluations ont révélé que malgré, les efforts fournis par l'Etat du Niger et ses partenaires techniques et financiers pour rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des ruptures fréquentes sont enregistrées limitant ainsi leur accès aux populations. Ces ruptures selon les études réalisées, sont liées à un problème de fonds de roulement pour le renouvellement de stock en périphérie et à l'insuffisance voire

l'absence d'un mécanisme fiable d'acheminement des médicaments et autres produits de santé au niveau des sites d'utilisation.

Les différentes évaluations faites sur l'ONPPC ont révélé entre autres : (a) l'insuffisance et l'inadaptation des textes régissant le statut et le fonctionnement de l'Office, (b) l'insuffisance quantitative des ressources humaines compétentes, (c) l'insuffisance des capacités de stockage et des capacités logistiques et (d) l'insuffisance de fonds de roulement qui crée une tension de trésorerie.

Le Niger importe plus de 99% de ses besoins en médicaments et autres produits de santé. Ainsi, pour faire face aux défis liés à ces importations, le MSP/P/AS doit prendre le leadership de la promotion d'une production locale des médicaments en privilégiant le partenariat public-privé pour une production répondant aux besoins nationaux et sous régionaux. La promotion de l'industrie locale assurée actuellement par la Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques (SONIPHAR) devra être soutenue par l'allégement des contraintes fiscales et douanières pour l'acquisition des équipements et autres intrants de production. Il sera fait recours aux flexibilités des ADPIC aussi souvent que de besoin si les conditions l'exigent.

Pour améliorer la qualité de la gestion des médicaments et autres produits de santé, un système d'information et de gestion logistique (SIGL) a été mis en place à tous les niveaux pour assurer la collecte, l'organisation, l'analyse, le traitement et la transmission des données. Un SIGL performant permettra une prise de décision en gestion logistique des médicaments et autres produits de santé pour une utilisation optimale des ressources.

A cet effet, le design d'un nouveau SIGL a été validé avec une feuille route pour son opérationnalisation.

Pour soutenir le système d'approvisionnement national, il est nécessaire d'avoir un bon système de contrôle qualité de médicaments et autres produits de santé. A cet effet, un plan de renforcement de capacité du LANSPEX a été mis en œuvre avec l'acquisition d'équipements et la formation du personnel.

Cependant, on note que :

- l'arrêté instaurant un contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé importés avant leur mise en consommation n'est pas contraignant,
- le texte réglementant le contrôle de qualité à l'importation n'est pas bien appliqué,
- le laboratoire ne reçoit pas de demande d'analyse des programmes de santé parce qu'il n'a ni l'accréditation ISO/CEI 17025, ni la pré qualification de l'OMS,
- il n'y a pas de mécanisme formel entre le LANSPEX, la DPH/MT et les programmes de santé pour assurer la surveillance du marché.

La Médecine Traditionnelle (MT) fait partie de la culture médicale traditionnelle, 80 à 85% de la population fait recours à celle-ci. La nécessité d'accorder un rôle à la MT dans le système national de santé a amené le Niger à souscrire à plusieurs stratégies régionales.

Des résultats encourageants ont été obtenus surtout dans les domaines de la réglementation, de l'organisation des tradipraticiens de santé (TPS) et de l'élaboration des stratégies.

En effet, en plus des textes législatifs et réglementaires existants, d'autres textes spécifiques relatifs à l'homologation des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) ont également été pris au niveau communautaire (UEMOA).

Malgré tout, on note entre autres :

- la non adoption à ce jour de la stratégie de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé au Niger ;
- le très faible recours de la médecine conventionnelle à la MT (Institutionnalisation insuffisante) ;

De façon générale, la performance de la chaîne d'approvisionnement nationale est menacée par la vente illicite des médicaments et autres produits de santé. Ce trafic illicite est animé d'une part, par des personnes et des structures non habilitées et d'autre part, par l'implication de certaines structures légalement installées.

D'autres facteurs favorisent le développement de ce marché illicite :

- l'insuffisance du cadre juridique ;
- le problème d'alignement de certains partenaires dans le cadre de la chaîne unique d'approvisionnement ;
- la non adoption d'une stratégie de lutte contre le marché illicite des médicaments et autres produits de santé de qualité inférieure et falsifiés (MQIF) ;
- l'insuffisance dans l'application des textes en vigueur ;
- l'absence d'un comité interministériel de lutte contre les MQIF ;
- l'absence de cadre formel de coordination et de concertation des acteurs de la lutte ;
- l'impunité en rapport avec le marché illicite ;
- l'ingérence de l'industrie criminelle.

La prolifération des médicaments de qualité inférieure et falsifiés, compte tenu de son impact sur le système national de santé pourrait devenir un véritable problème de santé publique

4.7 Prestations des soins et services de santé

L'organisation et le fonctionnement du système de santé au Niger est basé sur les principes des Soins de Santé Primaires (SSP) définis lors de la conférence de Alma Ata en 1978, et renforcés par plusieurs engagements internationaux tel que la Déclaration d'Astana sur les SSP (le nouveau concept des SSP tel que défini dans la « Vision des SSP pour le 21^{ème} Siècle) et régionaux auxquels le Niger a souscrit tels

que la Déclaration sur le scénario de développement sanitaire en trois (3) phases, la Déclaration sur l'Initiative de Bamako et la Déclaration de Ouagadougou sur la relance des SSP.

Le système de santé Nigérien est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- le niveau périphérique qui correspond au district sanitaire ;
- le niveau régional qui correspond à la région sanitaire et
- le niveau central qui correspond au sommet de la pyramide

Les prestations de service sont assurées par un réseau d'établissements publics et privés. Les établissements publics sont structurés en trois (3) niveaux hiérarchisés, calqués sur le découpage administratif du pays.

Concernant l'organisation technique des soins, les prestations de soins sont assurées par un réseau d'établissements de soins structurés en trois (3) niveaux hiérarchisés :

- le niveau tertiaire comporte les hôpitaux nationaux et les centres nationaux de référence ; on dénombre six (6) hôpitaux nationaux parmi lesquels deux (2) Hôpitaux Généraux de Référence situés à Niamey et à Maradi avec un plateau technique plus performant, trois (3) Hôpitaux nationaux dont deux (2) à Niamey et un (1) à Zinder et une (1) Maternité Nationale de Référence à Niamey; il faut noter l'existence d'un septième hôpital national à Niamey, acquis dans le cadre de la coopération avec la Turquie et géré conjointement par les deux (2) parties. Outre leur mission d'encadrement et de recherche, les hôpitaux nationaux n'arrivent pas à jouer pleinement leur mission d'offre de services de qualité de troisième niveau de référence à cause de plusieurs défis dont entre autres :

- l'insuffisance des ressources financières accordées par l'Etat ;
- l'insuffisance des ressources humaines spécialisées ;
- la vétusté du plateau technique et la maintenance des équipements ;
- le dysfonctionnement du système de référence contre référence entraînant un engorgement des services principalement ceux des urgences.

La définition d'une politique hospitalière claire est indispensable pour parer à ces contraintes. Elle sera basée sur la complémentarité entre les hôpitaux, la mise en place de pôles d'excellence et la mutualisation des efforts.

Les Centres Nationaux de Référence, au nombre de dix (10), assurent la prise en charge spécifique de certaines pathologies comme la tuberculose, les IST/VIH, la drépanocytose, la lèpre, la fistule génitale féminine, le cancer etc. Ces Centres assurent également des activités promotionnelles comme la santé de la reproduction ou des prestations comme le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Il convient de souligner que parmi ces centres, trois (3) ont un statut d'EPA et un (1) EPST leur conférant une autonomie de gestion. Les centres non EPA sont confrontés à des problèmes de fonctionnement.

Le deuxième niveau ou niveau régional comporte sept (7) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), sept (7) Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) et cinq (5) Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) ;

Toutes les régions sont dotées d'un CHR sauf la région de Zinder et d'un CSME sauf celle de Niamey.

Les CHR et les CSME constituent le niveau de référence le plus élevé pour la plupart des régions (7 sur 8) ; Cependant n'étant pas des EPA, ces structures sont confrontées à des difficultés de fonctionnement et d'offre de soins de qualité due à l'insuffisance des ressources allouées et des ressources humaines spécialisées.

Le premier niveau : les soins de premier niveau de référence reposent sur 72 Districts Sanitaires dont 39 disposent d'Hôpitaux de Districts. Parmi les 39 hôpitaux de districts, seuls 35 disposent de blocs opératoires. Parmi ces derniers, 34 sont fonctionnels soit 91,89%. Concernant les Centres de Santé Intégrés (CSI), ils sont au nombre de 1267 parmi lesquels 1261 fonctionnels (99,52%) dont 50 tenus par des médecins. On dénombre également 2281 cases de santé fonctionnelles.

Ce dispositif est complété par 3 dépôts de zone de médicaments et 43 pharmacies populaires et 168 pharmacies privées.

Au sein de la communauté environ 12 000 relais communautaires offrent un paquet intégré de soins préventifs, curatifs et promotionnels sous l'encadrement des responsables des CSI et des Cases de santé.

Les principaux goulots d'étranglement constatés dans le fonctionnement des Districts Sanitaires ont trait aux aspects suivants :

- la définition du dispositif organisationnel et fonctionnel du District Sanitaire ;
- la gouvernance et le leadership des ECD dans la mise en œuvre du système de santé du DS ;
- la coordination des actions de santé ;
- la décentralisation et le transfert des compétences des ressources de la santé aux collectivités territoriales ;
- la collaboration intersectorielle, y compris avec le secteur privé ;
- la gestion rationnelle des ressources ;
- l'implication des populations à la prise de décision en matière de santé,
- la qualité des soins au niveau opérationnel ;
- la prise en charge de nouvelles endémies comme les maladies chroniques non transmissibles.

Concernant la qualité de prestation de soins et services, au moment où tous les pays s'engagent à atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030, on admet de plus en plus que, pour dispenser des soins optimaux, l'existence simultanée d'une infrastructure, de fournitures médicales et de prestataires de soins ne saurait suffire.

L'amélioration de la prestation des soins de santé exige de mettre délibérément l'accent sur la qualité des services de santé, afin de dispenser en temps opportun des soins efficaces, sûrs et centrés sur la personne selon des modalités équitables, intégrées et efficaces.

L'amélioration de la qualité des soins et services a toujours figuré parmi les priorités des différents PDS qui se sont succédés. Plusieurs expériences ont été testées mais n'ont pas permis d'instaurer une culture de la qualité au sein du système de santé. On note une faiblesse dans l'appropriation de l'exercice aux différents niveaux de la pyramide sanitaire car les activités d'amélioration de la qualité sont encore perçues comme des activités de Projet.

Une évaluation de la qualité des soins réalisée en 2020 par le MSP/P/AS montre que, dans la plupart des formations sanitaires, en particulier les hôpitaux, le niveau de qualité des soins est sous optimal, comme le montrent les données suivantes :

- ✓ l'application effective des lignes directrices pour la pratique clinique est inférieure à 50% dans plusieurs types de situations, aboutissant à des soins de qualité insuffisants et à des pratiques de soins inadéquates ;
- ✓ l'analyse des indicateurs des prestations des services visités fait apparaître d'importantes variations en termes de critères respectés selon les normes des prestations de soins (de 14,3% pour le Tri Evaluation et Traitement des Urgences chez l'enfant à 44,3% pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère), de productivité quotidienne (de 5,2 à 17,4 patients consultés par personne), de précision du diagnostic et d'application des lignes directrices pour la pratique clinique (de 22 à 43,8% à l'analyse des dossiers triés au hasard).
- ✓ une analyse systématique montre que les pratiques cliniques sous optimales sont courantes dans les établissements de soins primaires, tant publics que privés, de plusieurs centres de santé au Niger.

Le défi réside dans la mise en place d'un système d'amélioration continue de la qualité assortie d'un mécanisme de suivi évaluation avec des indicateurs mesurables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'étude a confirmé aussi la nécessité de mettre en place des services de santé intégrés et centrés sur les besoins de la personne garantissant la sécurité des soins.

Les soins centrés sur les patients et la sécurité des patients sont déclarés par l'Assemblée Mondiale de la Santé comme étant des principes fondamentaux de la santé et l'OMS recommande aux pays d'engager des réformes nécessaires allant dans ce sens.

Afin de parvenir à cet objectif, l'élaboration d'une stratégie nationale Qualité s'avère nécessaire pour définir une vision claire concernant la qualité sur le plan national. Ceci permettra d'avancer vers la mise en place d'un dispositif de certification et d'accréditation des structures sanitaires.

En ce qui concerne le secteur privé de soins, la plupart des structures sont concentrées au niveau des grandes villes. Les types de soins offerts sont

essentiellement du domaine curatif et peu d'offre dans le domaine préventif et promotionnel.

Une évaluation du secteur privé des prestations de soins commandité par le MSP/P/AS en 2019 a fait ressortir entre autres constats :

- une insuffisance du leadership du MSP/P/AS au niveau du sous -secteur privé de la santé ;
- 17% des établissements fonctionnels ne disposent pas d'autorisation d'ouverture / exploitation,
- l'insuffisance de ressources financières ne permet pas à la division des formations sanitaires privées de mener régulièrement des sorties de supervisions et de conseil au niveau des structures privées. Elles se font une fois tous les deux ans par région.
- l'inexistence de textes règlementaires de fixation du prix des actes et prestations au niveau du privé sanitaire, ni de normes d'implantation des structures du privé.
- les promoteurs du privé ont une perception négative de la régulation de leur secteur. En effet, pour eux la régulation consiste plus en la répression qu'au soutien pour le développement des soins de qualité. Les privés attendent de la tutelle un accompagnement pour l'allègement fiscal, la facilité d'accès aux crédits avec des taux réduits.

Il faut noter que face à la pluralité des acteurs du privé et une organisation insuffisante de ces acteurs, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales a impulsé une plateforme du secteur privé de la santé.

4.8 Santé communautaire

La Santé Communautaire a pour but de contribuer à la baisse de la morbidité et de la mortalité infanto-juvénile et maternelle à travers la promotion de la santé, l'amélioration de l'accès des soins aux communautés éloignées (au-delà de 5km) et à l'amélioration de l'utilisation des Services de Santé avec la participation effective de la communauté.

Les principales réalisations sont : (i) l'élaboration d'un guide national de mise en œuvre des interventions en santé communautaire ; (ii) l'adoption de la Stratégie Nationale de Participation Communautaire en santé par décret pris en conseil de ministres N° 2017-541/PRN/MSP du 30 juin 2017, (iii), l'adoption du Guide d'Orientation et de Référence sur le Relais Communautaire de Développement au Niger fixant la motivation des Relais Communautaires (RCom) , (iv) le déploiement des relais communautaires au niveau de 14 280 villages.

Les principaux problèmes sont : (i) l'insuffisance de la couverture du pays en RCom, seuls 42% des 34 000 villages du Niger disposent de RCom, (ii) l'insuffisance de couverture en kit complet, seulement 9% bénéficient du paquet complet, (iii) l'insuffisance de l'appui financier de l'Etat, (iv) l'insuffisance dans la prise en compte des données des Cases de santé des CSI,(v) les faiblesses de coordination des partenaires qui amènent des approches différentes de mise en œuvre, de motivation

et de suivi des RCom qui posent des problèmes envers l'appropriation, l'engagement et la redevabilité des communautés et des CSI dans la santé et la nutrition communautaire. Cette faiblesse met en jeu la durabilité des actions et la potentialité de changement au sein des familles et des communautés.

En matière de l'hygiène publique, les principales réalisations sont notamment : (i) l'élaboration de plusieurs documents stratégiques et des textes réglementaires, (ii) la dynamisation de la police sanitaire en nommant plusieurs agents d'hygiène et d'assainissement dans lesdites fonctions, et (iii) les actions importantes d'hygiène et d'assainissement et celles de la lutte contre la pandémie de coronavirus (Covid -19).

Concernant les principaux problèmes, ils sont entre autres : (i) l'insuffisance dans la ségrégation des déchets biomédicaux, (ii) l'insuffisance des agents d'hygiène et d'assainissement et des techniciens de surface, (iii) l'insalubrité du milieu créant les conditions favorables à la pullulation des mouches, des moustiques, des cafards et d'autres vermines, vecteurs de maladies, (iv) les mauvaises pratiques en matière de Gestion Hygiénique des Menstrues, (v) l'insuffisance des services d'amélioration d'eau, d'hygiène et d'assainissement (Wash) dans les établissements de santé, (vi) l'insuffisance du contrôle des denrées alimentaires et (vii²) l'insuffisance du contrôle de la qualité de l'eau de boisson.

4.9 Analyse de la réponse actuelle aux questions de population et affaires sociales

4.9.1 Les réponses actuelles aux questions de population/maitrise de la fécondité

Les questions de population au Niger sont régies par la Politique Nationale de Population (PNP) 2019-2035. Celle-ci fait suite à la première Politique Nationale de Population adoptée en 1992 et la déclaration gouvernementale en matière de population de 2007.

L'objectif de la PNP est de résoudre les problèmes démographiques ralentissant le développement économique et social du pays. Elle reconnaît le besoin de développer des actions ciblées en vue de favoriser un changement social et de comportement en matière de santé de la reproduction et de planification familiale. La PNP entend ainsi contribuer à éliminer les décès évitables des mères et ceux des enfants, ainsi qu'à maîtriser la fécondité qui est fortement associée à un nombre important de grossesses très précoces, rapprochées et tardives, considérées à risques. Les résultats de l'EDSN-MICS de 2012 font ressortir que 83% des naissances au Niger sont issues de grossesses à risques, dont 51% avec des risques multiples et 32% avec un seul risque.

Le succès des efforts pour réduire la mortalité maternelle et infantile passe donc nécessairement par la réduction de ces risques à travers l'adoption de nouveaux comportements en matière de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant et de planification familiale (i.e. suivi pré, per partum et post natal, contraception, etc.). Ce type de comportement nécessite le respect des droits en matière de santé de la reproduction.

Au Niger, le taux de fécondité (6,2 enfants par femme selon l'enquête ENAFEME 2021) est l'un des plus élevés au monde alors que le taux de prévalence de la contraception stagne, autour de 10% et que seulement 30,6% des femmes expriment une demande de planification familiale. Les besoins non satisfaits s'établissent à 13,3%. Cette forte fécondité est particulièrement liée aux problématiques d'éducation des filles, aux mariages d'enfants et à la faible demande et utilisation des produits de santé imputable à des facteurs socioculturels (fort désir d'enfants, 9 pour les femmes et 11 pour les hommes, la polygamie, etc.)

A travers son Plan Annuel National Budgétisé pour la PF (PANB 2021-2025), le Ministère de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales entend contribuer à la maîtrise de la croissance démographique et l'amélioration de la santé maternelle et infantile à travers l'augmentation du taux de prévalence contraceptive. Cet objectif sera recherché à travers différents axes prioritaires. Notamment :

1. la création de la demande de services de planification familiale
2. l'offre et l'accès aux services
3. la sécurisation des produits contraceptifs
4. la politique, environnement habilitant et le financement
5. la coordination, supervision et le suivi-évaluation

Quant aux autres ministères sectoriels :

Les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement technique et formation professionnelle, de l'enseignement supérieur assureront l'éducation formelle, non formelle, la formation des formateurs, l'intégration l'ESRAJ dans le curricula de formation au niveau des écoles et de l'alphabétisation de qualité en mettant l'accent sur la scolarisation et le maintien de la jeune fille à l'école, l'apprentissage aux métiers, la parenté responsable et l'acquisition des compétences de vie courante.

Le ministère de la promotion de la femme et la protection de l'enfant assurera le leadership en collaboration avec les autres ministères pour l'autonomisation de la femme et des filles et la prise en compte du genre à travers le renforcement de capacité, la lutte contre les violences basées sur le genre y compris le mariage d'enfant, le respect des droits sexuels et reproductifs, la création d'un environnement législatif et réglementaire et le développement des activités génératrices de revenus.

Le ministère de la jeunesse et du sport mettra l'accent sur la mobilisation des structures de jeunesse et l'appui dans la conduite des activités socio-éducatives en lien avec le bien-être des adolescents et des jeunes.

Le ministère de la culture, de l'artisanat et du tourisme contribuera aux changements de comportement pour attitude à l'action de développement responsable à travers les productions culturelles et artistiques.

Par ailleurs, une coordination appropriée avec l'Office Nigérien de la Population (ONP) crée par décret N°2022-375 PRN du 27 avril 2022, sera nécessaire afin de mener à bien les ambitions gouvernementales du pays en matière de dividende démographique. L'ONP contribuera à travers sa mission, au développement de stratégies de communication institutionnelle, de mobilisation sociale et de plaidoyer

autour des questions de planification familiale, de mariage des enfants, des accouchements assistés, des violences basées sur le genre et de la scolarisation des filles, ainsi que la veille qualité sur les statistiques de routine ayant trait à ces domaines.

4.9.2. La réponse actuelle aux affaires sociales

Le volet affaire social relève de la Direction Générale des Affaires Sociales. Ce volet couvre les aspects liés aux groupes vulnérables que sont les personnes handicapées, les personnes âgées, et les personnes et familles démunies.

Au niveau périphérique le volet affaires sociales reste faiblement intégrés au niveau des régions, des districts sanitaires et au niveau communal.

En ce qui concerne la promotion des personnes handicapées et de leur inclusion sociale :

Les principales réalisations au titre des personnes handicapées sont les suivantes : (i) la célébration des journées internationales et nationales des personnes handicapées (albinisme, lèpre, la fête des aveugles, la semaine mondiale de la langue des signes, etc...). ii) l'octroi de bourses de formation aux personnes handicapées dans les écoles professionnelles, iii) l'appui à la scolarisation de la jeune fille handicapée, l'insertion professionnelle des personnes handicapés à travers le recrutement sans concours aux emplois de la fonction publique, iv) l'acquisition d'appareillage pour la réadaptions physique des personnes handicapées, v) l'appui en vivres et non vivres des écoles spécialisées, vi) la réhabilitation des centres socio-économiques existants, la formation des personnes handicapées en Santé de la Reproduction en général et en planification familiale, vii) la formation des agents de santé sur les outils de PF élaborés en langue des signes et la formation des personnes sourdes et malentendantes sur ces outils.

Les réformes engagées au titre de cette catégorie de la population sont relatives à ***l'élaboration d'une carte d'égalité des chances pour une meilleure inclusion sociale, l'élaboration d'une stratégie nationale pour l'inclusion des personnes handicapées*** en cours et la formation des agents de santé en langue des signes pour une meilleure inclusion des personnes sourdes et malentendantes.

Les réformes prévoient ***la création et l'équipement de centres publics spécialisés pour l'autonomisation socio-économique des personnes handicapés.***

Il faut souligner au passage que les centres socio-économiques existants sont essentiellement des centres privés.

Aussi, le secteur est marqué par une insuffisance des services de réadaptation (deux Niamey et Zinder) ainsi que le personnel spécialisé pour leur animation.

L'insuffisance de données désagrégées relatives à cette catégorie de la population ne facilite pas une meilleure planification des actions de cette cible. La collecte des données (notamment la remontée de l'information) reste encore insuffisante.

En ce qui concerne l'autonomisation économique des personnes handicapées, l'insuffisance des ressources ne permet pas de développer ce volet.

En ce qui concerne la protection des personnes âgées

Ce secteur est doté d'une stratégie pour la période 2020-2024. Cette stratégie permet de relever les principaux défis. Ces défis ont trait à :

Environ 8,9% des PA bénéficient d'une pension de retraite. Ces bénéficiaires de pension de retraite sont plus présents en milieu urbain (29,10%) qu'en milieu rural, les femmes occupant des proportions moindres avec 16,72% et les hommes 26,8%. Une frange non négligeable (6,4%) des personnes âgées vit avec un handicap.

En ce qui concerne les aides, les PA trouvent souvent leurs attentes non satisfaites, laissant beaucoup d'entre elles, en particulier des femmes, isolées, affaiblies et victimes de maladies et de violences. Les PA éprouvent du loisir à se consacrer à l'éducation de leurs petits enfants (85,3%) et à les accompagner à l'école (54,2%). Elles sont 88,3% à rendre visites aux amis, les femmes (53,88%) plus que les hommes (34,42%).

Les PA souffrent de pathologies spécifiques telles que les maladies cardiovasculaires (19,2%), les maladies respiratoires et asthme (9,1%), les maladies oculaires (6,4%), les troubles de la mémoire (7,2%), les douleurs articulaires généralisées ou localisées (6,8%), les maladies auditives (5%), la baisse de la libido (5%), le diabète (4%) et la rétention urinaire (4%). Il faut ajouter à celles-là les affections signalées par la littérature touchant les PA telles que : les chutes et les blessures, la dénutrition, la dépression, les tentatives de suicides, les démences, les troubles du sommeil, les maladies respiratoires, les troubles locomoteurs, les troubles du transit intestinal, les affections bucco-dentaires, les affections dermatologiques, les cancers, le cancer du col de l'utérus et du sein, le syndrome d'immobilisation ou état grabataire, les troubles de la communication, l'invalidité et les syndromes liés au vieillissement de l'appareil génital en général, les maladies transmissibles, les autres maladies non transmissibles, l'excès de poids/insuffisance pondérale, l'inactivité physique, la consommation de tabac, la consommation d'alcool, l'anémie, la maltraitance des personnes âgées, les comorbidités.

Pour une meilleure prise en charge de cette catégorie de la population, un document de normes et procédures de prise en charge des personnes âgées est en cours d'élaboration et devra être finalisé au cours du prochain PDSS.

Les défis relevés par la stratégie nationale des personnes âgées ont trait à :

- i. méconnaissance du nombre et des caractéristiques des PA par District, Région et au niveau National rendant difficile les efforts d'amélioration de l'offre de santé ;
- ii. insuffisance de prise en compte des données concernant les PA dans le système national d'information sanitaire ;
- iii. insuffisance de structures et de personnels spécialisés de prise en charge en gériatrie et gérontologie ;
- iv. déficit du personnel en quantité et en qualité attesté par l'insuffisance de médecins gériatres et gérontologues et de paramédicaux spécialisés en soins aux PA ;
- v. inexistence de modules de formation sur la vision biopsychosociale de la santé et du parcours de vie dans la gestion de la problématique de la santé des PA dans le cursus de formation initiale des professionnels de la santé.

En ce qui concerne la promotion de la solidarité

La promotion de la solidarité fait partie de la mission de la Direction de la Promotion de la Solidarité (DPS) à travers le renforcement du socle de protection sociale des personnes vulnérables en offrant une protection sociale aux cas sociaux (personnes / familles démunies, migrants, sinistrés...). Un certain nombre d'actions ont été réalisées notamment :

- une assistance apportée aux familles et personnes démunies (2 972 familles démunies appuyées en 2021)
- mobiliser les acteurs autour des questions de solidarité (célébration des événements spéciaux) ;
- la direction a initié plusieurs réformes qui devront être poursuivies au cours du prochain PDSS et qui sont relatives à l'élaboration d'une stratégie nationale pour le ciblage des personnes vulnérables, l'initiation des textes réglementaires pour garantir l'accès des personnes vulnérables aux services sociaux,
- élaborer des projets / programmes en faveur des groupes vulnérables ;
- la mise en place des mécanismes de protection sociale (une Reconstitution du stock de sécurité des groupes vulnérables, mise en place des mutuelles sociales et des comptoirs de solidarité).

Néanmoins, des difficultés pour assurer au mieux de cette mission à savoir :

- une insuffisance de personnel en quantité et en qualité ;
- un problème d'identification des cibles à accompagner ;
- un manque de synergie d'actions entre les acteurs en raison du fait que la protection sociale est aussi du ressort d'autres départements ministériels en plus de celui de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales ;
- une insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre d'actions ciblées à l'endroit des groupes cibles concernés.
- l'insuffisance de prise en compte des données liées aux groupes cibles dans les données sanitaires qui ne facilitent pas le suivi de cette catégorie de personnes

En résumé pour le domaine des affaires sociales les principales insuffisances relevées sont : (i) l'accès inéquitable aux services sociaux et infrastructures sociales de base, (ii) le faible accès à l'emploi et au travail décent, (iii) la faible inclusion des groupes vulnérables, (iv) le dysfonctionnement des centres de formation professionnelle et (v) les opportunités surtout économiques limitées à certaines catégories de personnes vulnérables, (vi) l'insuffisance dans le Ciblage des vulnérables et (vii) l'insuffisance de la mise en œuvre de la PNP due au manque de synergie d'actions entre les intervenants.

V. PRINCIPAUX RESULTATS OBTENUS ET LEÇONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDS 2017-2021

5.1 Bilan de mise en œuvre des réformes du PDS 2017-2021

Dans la période 2017-2021, le secteur de la santé a poursuivi la mise en œuvre de certaines réformes initiées dans le précédent PDS. Il a également initié d'importantes

réformes. Nombre d'entre elles doivent être consolidées et poursuivies. D'autres seront à initier et déployer rapidement pour atteindre les objectifs du PDSS à venir.

Les réformes poursuivies dans le cadre du PDS 2017-2021 sont notamment :

- 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 besoin 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 ;
- 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 réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur (i) l'opérationnalisation de l'Agence du médicament, (ii) la mise en place de la chaîne unique d'approvisionnement avec la mise à l'échelle de la distribution au dernier kilomètre, (iii) l'opérationnalisation du SIGL, (iv) 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, (v) la mise en place d'une production locale des médicaments;
- 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 à travers la contractualisation ;

Elles ont permis de :

- créer et rendre fonctionnel 30 nouveaux Districts Sanitaires et de construire 4 nouveaux Hôpitaux de District : Gothèye, Bankilaré, Bagaroua et Damagaram Takeya ;
- améliorer l'accès aux soins et services, la continuité de l'offre, la qualité des soins, l'accès aux médecins par les couches vulnérables, la réduction significative des coûts de transport, réduction des dépenses des familles, le renforcement du savoir-faire et du savoir- être des autres agents ;
- renforcer les capacités (logistique, technique et en RH) de l'ONPPC, élaborer le plan stratégique de l'ONPPC ;
- développer une stratégie nationale d'information (DHIS2) 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 ;
- actualiser les outils de collecte des données en vue de réduire la fragmentation et la multiplication des outils observées sur le terrain. Ces outils prendront en compte les besoins du sous-secteur privé ;
- renforcer la retro-information qui permettra d'alimenter les tableaux de bord au niveau du cabinet du Ministre, du Secrétariat Général, des différentes Directions Générales, des directions techniques et des services déconcentrés ;
- développer et interconnecter les réseaux de collecte des données (carte sanitaire, progiciel DRH, M-health) ;
- développer un nouveau Paquet Minimum d'Activités de la Case de Santé (PMA/CS) ;
- développer la Stratégie Nationale de Participation Communautaire en matière de santé au Niger;
- développer un Plan Stratégique National Santé Communautaire (PSNSC) 2019-2023;
- élaborer un plan opérationnel pour le déploiement des RCom avec analyse de GAP ;
- élaborer une feuille de route pour le démarrage de la mise en œuvre du paquet intégré défini par le PSNSC...

D'autres réformes ont été initiées, et doivent être poursuivies et renforcées dans le présent PDSS.

- la stratégie de l'approvisionnement au dernier kilomètre a été déployée sous forme pilote pour évaluer la pertinence de différents modèles,
- le SIGL,
- l'agence du médicament,

- la stratégie CSU a été définie et validée. Ses modalités de mise en œuvre ont été dessinées et doivent permettre d'articuler l'approche de gratuité et de FBR
- l'e-Santé ;
- la carte sanitaire digitalisée ;
- la réforme hospitalière,
- l'achat stratégique (INAM, FBR, régime contributif,) ;
- le système d'accréditation des structures de soins et de formation. (Voir annexe 10 pour le détail).

5.2 Principales réalisations de la mise en œuvre du PDS 2017-2021 et leurs effets sur les indicateurs

Au-delà des résultats enregistrés dans le cadre de la mise en œuvre des réformes listées ci-dessus, le PDS 2017-2021 a permis d'enregistrer les réalisations suivantes :

5.2.1 Les réalisations du programme 1

- l'organisation des réunions de coordinations à tous les niveaux ; organisation des revues semestrielles et annuelles des PAA à tous les niveaux ; l'organisation deancements et évaluations RRI à mi-parcours et finales et des missions de coaching des activités RRI dans les CSI des régions de Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéry et Zinder ;
- l'élaboration de 1 871 micro-plans des CSI qui ont permis d'améliorer le taux de réalisation financières qui est passé de 51,72% en 2017 à 62 % en 2021 pour un objectif de 80% en 2021 et le taux de réalisations physiques lui qui était de 51,72% en 2017 est passé à 71,39% en 2021 pour un objectif de 80% en 2021 ;
- l'organisation de 31 632 supervisions mensuelles des CSI vers les cases de santé, 17 545 supervisions trimestrielles intégrées des DS vers les CSI, 264 supervisions semestrielles intégrées DRSP vers les DS, CHR et CSME ont abouti à l'enregistrement des taux ci-dessous selon les items des indicateurs suivants :
 - ✓ CSI vers les cases de santé : 72,07% en 2017 à 82,68% en 2021 pour un objectif de 80% en 2021
 - ✓ DS vers les CSI : 77,13% en 2017 à 66,42% en 2021 pour un objectif de 80% en 2021
 - ✓ DRSP/P/AS vers les DS : 69,92% en 2017 à 68,78% en 2021 pour un objectif de 80% en 2021
 - ✓ Niveau central vers les DRSP/P/AS : 50% en 2017 à 50% en 2021 pour un objectif de 80% en 2021

Malgré la non atteinte de la cible 2021 (80%), on constate une nette amélioration du taux de supervision au niveau des CSI, DRSP/P/AS et Central. Cependant une baisse régulière est observée depuis 2019 pour les districts et cette contre-performance liée :

- au déficit du management des priorités ;
- la faible capacité managériale et numérique des ECD devant le nombre croissant des CSI dans certains districts
- la suspension des activités lors des campagnes de masse
- le gel du financement FC au T2 2020, T2, T3 et T4 2021 ;
- l'insuffisance de la logistique ;
- l'insécurité dans certaines zones

5.2.2 Les réalisations du programme 2

- La formation de :
 - 221 médecins spécialistes,
 - 97 paramédicaux notamment les aides anesthésistes, aides chirurgiens, techniciens supérieurs en radiologie).
- le recrutement de 1 750 agents dont 360 médecins et 1390 paramédicaux par l'Etat et 236 agents recrutés par les partenaires dont 17 médecins, 148 paramédicaux et 71 auxiliaires durant la mise en œuvre du PDS 2017-2021 ainsi que
- la stratégie de redéploiement des agents.

Ces réalisations ont permis d'améliorer l'indicateur sur la densité du personnel de santé pour 1000 habitants du MSP qui est passé de 0.17 en 2017 à 0,40 en 2021 pour une cible de 0,8, et la répartition des RH selon le milieu de résidence est de 32% en zone rurale et 68% en zone urbaine en 2020 et 44% en zone rurale et 56% en zone urbaine en 2021.

Les réalisations suivantes :

- la transformation de 100 cases de santé en Centres de Santé intégrés dont 59 réalisées et 41 en cours ;
- la construction de 89 CSI ; la construction de 3 hôpitaux de district,
- la réhabilitation de 3 hôpitaux de District, de 3 CSME et de 5 CHR,
- la construction de l'Hôpital de Référence de Maradi,
- la construction de 7 magasins au niveau des CSI,
- le transfert des compétences aux régions à savoir : entretien et gestion des CHR, CSME et autres centres régionaux spécialisés, la gestion du personnel mis à disposition, présidence du comité de santé et organisation du système de la gratuité de soins de 2017 à 2021

Ont permis de rehausser l'indicateur pourcentage des populations ayant accès au CSI dans un rayon de 5km passant de 50,13% en 2017 à 53,6% pour un objectif de 65% (Source SNIS); mais l'accès des populations aux soins de qualité n'a été pas été amélioré.

La dotation de 182 véhicules de supervision, 175 ambulances, 525 motos, 2 camions, 10 bus de 34 places, 1 pinasse et 68 tricycles ambulances ont permis de réaliser 16

387 évacuations sanitaires, 86292 sorties foraines, 4986 sorties de cliniques mobiles et de 9049 sorties intégrées en mobiles et avancée.

Malgré une bonne disponibilité des molécules dans les CHR et les HD, il faut noter que la dotation des structures régionales en médicaments et autres produits de santé, n'a pas beaucoup contribué à l'amélioration du taux de rupture des molécules par niveau :

- CS : 2,22% en 2017 à 6,28% en 2021
- CSI : 2,58% en 2017 à 4,44% en 2021
- HD : 0,34% en 2017 à 0,51% en 2021
- CHR : 0,47% en 2017 à 0,21% en 2021
- CSME : 0,47% en 2017 à 1,25% en 2021

5.2.3 Les réalisations du programme 3

Les réalisations principales du programme 3 sont :

- la formation de 19 375 agents de santé sur différentes thématiques et
- 7 549 relais communautaires sur leur PMA;
- l'organisation de 20 campagnes CPS,
- 19 744 139 MIILDA distribuées, des campagnes Polio (Riposte),
- les campagnes de JNV/JNM couplées avec la supplémentation en vitamine A et déparasitage,
- les campagnes de lutte contre la rougeole et des campagnes sélectives de lutte contre la méningite;
- les 4 campagnes de lutte contre la COVID 19 et
- les campagnes de dépistage de l'HTA, du diabète, du cancer du col, de la lèpre et de la malnutrition;
- l'organisation de 10 camps de chirurgie de la fistule génitale féminine

Ont permis d'améliorer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles (HTA, cancer), de la poliomyélite, de la tuberculose, du VIH/sida et du paludisme ainsi que la gestion de l'épidémie du Covid 19 :

- taux de succès thérapeutique tuberculose 2017 -2020 : 82,63% en 2017 à 81,6% en 2020 pour un objectif de 88,63% en 2021
- taux d'incidence du paludisme de 2017 – 2021 : 15 961 en 2017 à 17 176 en 2021 pour un objectif de 6700 pour 100 000 hbts.

L'acquisition et la distribution de 20 158 657 comprimés de praziquantel pour la campagne intégrée MTN des EAS (enfants d'âge scolaire) et d'AHR (adultes à haut risque), de 11 102 864 comprimés d'Albendazole pour le déparasitage couplé aux JNV/JNM pour les enfants de 12 à 59 mois et lors des campagnes de masse, de 27 757 160 comprimés de mectizan, ont permis le traitement de 2017 à 2021 de 20 158 657 personnes contre la schistosomiase, 9 856 709 contre le trachome, 11 102 864 contre la filariose lymphatique et l'organisation de cure chirurgicale de 36 774 cas de trichiasis et 426 cas d'hydrocèle. Tous ces progrès ont conforté le Niger à s'engager

dans le processus d'élimination du trachome et de la filariose lymphatique. Le dossier de certification de l'onchocercose est en cours de finalisation.

L'ensemble de ces actions combinées ont entraîné l'enregistrement des taux des indicateurs ci-après :

- utilisation des soins curatifs de 2017 à 2021 : 52,10% en 2017 à 45,17% en 2021 pour un objectif de 75% en 2021. Le niveau de 2017 n'a jusque-là pas été retrouvé à causes de l'insécurité limitant les déplacements, la fermeture de 6 CSI (2 à Diffa et 4 à Tillabéri) ainsi que 145 CS, la rupture importante des médicaments (CS : 6,3% et CSI : 4,44%) et l'insuffisance en RH et Répartition inégale du personnel de santé.
- utilisation de la PF : 31,01% en 2017 à 48,13% en 2021 pour un objectif de 50% en 2021
- taux d'utilisation de CPN4 de 2017 à 2021 : 34,85 en 2017 à 33,91% en 2021 pour un objectif de 60% en 2021
- taux d'accouchement assisté : 40,07% en 2017 à 38,77% en 2021 pour un objectif de 60%
- couverture penta 3 : 93% en 2017 à 100% en 2021 pour un objectif de 95% en 2021
- mortalité néonatale précoce intra hospitalière de 2017 à 2021 : 0,41% en 2017 à 0,45% en 2021 pour un objectif 0,3% en 2021
- létalité obstétricale intra hospitalière de 2017 à 2021 : 0,20% en 2017 à 0,19% en 2021 pour un objectif de 0,09% en 2021

Sur une prévision globale de 870,72 milliards de francs CFA dans les Plans d'Action Annuels (PAA) de mise en œuvre du PDS 2017-2021, les structures du secteur ont mobilisé 575,70 milliards et 533,21 milliards ont été dépensés, soit un taux national de réalisation financière de 61% pour la période de 5 ans.

Tableau N° 5: Synthèse nationale des réalisations financières des PAA de 2017 à 2021

Année	Montant prévu (2)	Montant mobilisé (3)	Montant dépensé (4)	Taux de mobilisation % (5) = (3)/(2)	Taux d'absorption % (6) = (4)/(3)	Taux de réalisation financière % (7) = (4)/(2)
2017	163 261 817 223	96 439 009 214	84 516 970 543	59%	88%	52%
2018	156 689 261 174	97 893 856 086	94 132 740 685	62%	96%	60%
2019	188 611 490 539	126 869 449 825	117 278 048 009	67%	92%	62%
2020	185 283 805 137	137 669 777 943	128 097 179 505	74%	93%	69%
2021	176 876 881 984	116 828 318 673	109 182 722 407	66%	93%	62%
Total	870 723 256 057	575 700 411 741	533 207 661 149	66%	93%	61%

Sources : Rapports d'Exécution du Programme (REP) 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021

Par rapport au degré de satisfaction d'une manière générale, c'est un peu plus d'un (1) répondant sur quatre (4), (41%) d'utilisateurs interviewés et 52% des prestataires qui s'en réjouissent, contre respectivement 31% et 43% de la période ex ante du PDS 2017-2021 selon l'enquête de satisfaction des bénéficiaires de l'évaluation à mi – parcours du PDS 2017 -2021.

5.3 Leçons apprises

Les principales leçons apprises relevées lors de la mise en œuvre du PDS 2017-2021 et qui doivent être prises en compte dans le cadre du PDSS sont les suivantes :

5.3.1 La mise en œuvre d'une bonne gouvernance et des initiatives innovantes en matière de financement de la santé est indispensable

Le MSP/P/AS est engagé dans une réforme de son pilotage mais peine à ses différents niveaux à s'extraire sur le plan de la mise en œuvre de logiques centralisées (management hiérarchique) pour adopter des logiques plus décentralisées, transversales et matricielles (management basé sur les fonctions d'évaluation et d'apprentissage).

Ces difficultés dans la gouvernance sont alimentées / accentuées par la multiplication des partenaires et des approches « projets », souvent logés au niveau central.

Nombre d'interventions et d'initiatives pilotes déployées par des partenaires au sein du système de santé sont déployées sous forme de projet, c'est-à-dire avec des moyens financiers, humains et matériels, sans commune mesure avec ceux du MSP/P/AS. Il en découle que les solutions déployées et les résultats enregistrés ne sont pas répliquables par le MSP/ P/AS. Les échecs dans le déploiement de ces solutions sont trop souvent imputés au MSP/P/AS. Une attention accrue doit être accordée aux conditions réelles de fonctionnement du système de santé par les projets innovants qui doivent rechercher des effets systémiques en conditions réelles. Un alignement accru sur les stratégies, à travers l'approche programme via les dispositifs nationaux, est nécessaire. Il convient à court terme, pour atteindre les objectifs du prochain PDSS, de favoriser des approches flexibles, la limitation des approches « projets » et la multiplication des unités de gestion devient une nécessité. Une solution réside dans l'affirmation de la centralité et l'attractivité de dispositifs de financement nationaux notamment le Fonds Commun Santé, réformé basé sur les principes de la déclaration de Paris, l'INAM en charge du financement de la demande et de l'achat stratégique et un système aligné d'aide budgétaire, autour d'indicateurs clés du PDSS ou de réformes prioritaires du Ministère.

En outre, un nombre croissant de PTF conditionnent leur appui à un cofinancement de la part de l'Etat nigérian. Les tensions dans la mise à disposition des fonds et les arbitrages et priorisations opérés ont conduit à des situations de blocage qui ont parfois généré des ruptures de produits essentiels (notamment vaccins). Le passage à une approche de budget programme et à la délégation de l'ordonnancement constituent un début de réponse. Ces évolutions devront néanmoins s'appuyer sur des ordigrammes de décision / d'arbitrage en vue de garantir le paiement en temps voulu de ces co-financements.

5.3.2 Les enjeux de ressources humaines sont multiples et constituent de véritables défis à relever pour l'atteinte des objectifs du PDSS

Le MSP/P/AS fait face à un vieillissement de ses effectifs et à des départs à la retraite. Une part importante des cadres sont mobilisés dans les unités de gestion des projets et programmes au détriment des soins et prestations de santé. Il s'ensuit une forte perte de capacités et de mémoire institutionnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela impacte le fonctionnement et les performances du MSP/P/AS et doit faire l'objet de mesures et de stratégies de promotion, de formation et d'accompagnement de jeunes cadres prometteurs par des cadres seniors du MSP/P/AS. Sans une action résolue dans ce sens, le pilotage à venir du MSP/P/AS sera durement impacté.

A ces enjeux, s'ajoutent l'insuffisance quantitative, qualitative, l'évaluation, la mauvaise répartition entre le milieu rural et le milieu urbain.

5.3.3 Un processus efficace dans le pilotage local et la planification des interventions reste essentiel à mettre en place

La gestion communautaire des structures sanitaires a longtemps constitué un pilier central du pilotage local de la santé. Elle a été progressivement délaissée au profit d'approches plus techniciennes. Le nouveau PDSS doit revenir à certains fondamentaux clefs d'un pilotage local et d'une planification ascendante, en remettant au cœur de son pilotage les COSAN et les COGES conformément à la stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé.

5.3.4 Persistance de goulots d'étranglement qui limitent les performances du système de santé

L'évolution des performances et indicateurs du système de santé sont limitées par des goulots d'étranglement cumulatifs qui sont notamment :

- la faiblesse de la population couverte par des structures sanitaires offrant un paquet de soins complets,
- l'insuffisance quantitative, qualitative de la gestion des RHS
- l'insuffisance de la disponibilité des médicaments
- les difficultés d'accès financier aux soins

Ces goulots d'étranglement doivent être levés de manière simultanée pour voir évoluer de manière durable et significative les performances et assurer un renforcement de la résilience du système de santé.

5.3.5 Le contexte général de mise en œuvre relativement instable détermine largement les performances

Ces dernières années le pays a connu des crises et urgences humanitaires récurrentes multiples posant des problématiques nouvelles ayant un impact sur la mise en œuvre du PDS et la santé des populations. Ainsi, l'insécurité, la survenue des inondations, les déplacements des populations (réfugiés, migrants...), la pandémie de la COVID-19 ont posé de nombreux problèmes au secteur de la santé à savoir : i) la faiblesse de l'organisation du système de santé, ii) le risque permanent de survenue

d'épidémies de rougeole, méningite, choléra et autres maladies liées à l'eau, iii) la gestion des interventions de manière holistique, impliquant de nombreux acteurs (Coronavirus, hygiène, assainissement et eau potable etc.), iv) les capacités relativement faibles et fragiles du dispositif hospitalier actuel.

Ces situations ont révélé tout à la fois des faiblesses structurelles dans certaines fonctions clefs du système de santé mais aussi sa résilience et son adaptabilité. La leçon clef apprise de ces situations est la nécessité de développer une approche systémique et un développement synchrone du renforcement des 6 piliers du système de santé

5.3.6 La synergie d'actions des ONG et des services techniques de la santé a permis de faire face à l'afflux des réfugiés/déplacés.

Cette approche doit être renforcée et ce type de situation mérite d'être anticipée par des plans de préparation et de réponse pour assurer la réactivité mais aussi l'implication de toutes les parties prenantes dans ce type de situation qui est un gage de pérennité des dispositifs une fois la phase d'urgence aigue passée.

5.3.7 La relation entre les ressources mobilisées, les efforts fournis et les résultats attendus n'est pas assez visible

Malgré l'augmentation des effectifs du personnel, les disparités entre le milieu rural et urbain, ainsi qu'entre régions persistent encore.

La survenue d'épidémies de maladies évitables par la vaccination (rougeole, méningite, la poliomyélite) dans un contexte où les taux de couverture vaccinale administrative sont élevés ; la faiblesse de la prévalence contraceptive, de la CPN4 et du taux d'accouchements assistés. Ce paradoxe doit inviter à revoir en profondeur les stratégies d'interventions en matière notamment de SR, de vaccination, leurs modalités de mise en œuvre et les données produites. Il faudra également mettre l'accent sur la promotion d'une culture de qualité et de résultats.

VI. ANALYSE CAUSALE DES PROBLEMES ET DEFIS

6.1 Problèmes centraux des piliers et le problème fédérateur

Les problèmes majeurs identifiés ci-dessus sont présentés par pilier dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU N° 6: PROBLEMES MAJEURS ET PROBLEME CENTRAL PAR PILIER

PILIER	Problèmes majeurs	Problème central du pilier
Leadership, gouvernance et partenariat	Insuffisance dans la coordination du système de santé	Insuffisance dans la gouvernance
	Insuffisance de la participation communautaire dans la gestion des services de santé	
	Insuffisance de l'alignement des partenaires et la prévisibilité du financement	
	Insuffisance dans la communication institutionnelle	

PILIER	Problèmes majeurs	Problème central du pilier
	Insuffisance de la redevabilité	
Prestations des soins et services de santé	<p>Insuffisance dans la multisectorialité</p> <p>Faiblesse dans la préparation et la riposte aux épidémies</p> <p>Insuffisance dans la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles y compris la malnutrition</p> <p>Iniquité d'accès aux soins et services de qualité</p> <p>Insuffisance des prestations en Santé de la Reproduction</p> <p>Insuffisance des actions d'hygiène et assainissement</p> <p>Augmentation des infections nosocomiales</p> <p>Le pays ne dispose pas de paquets des services de santé essentiels selon le cycle de vie</p> <p>Insuffisance de la qualité des soins</p> <p>Insuffisance dans la gestion des urgences et</p> <p>Insuffisance de la mise en œuvre de RSI</p>	Insuffisance dans la lutte contre les maladies et les urgences
Financement de la santé	<p>Insuffisance du financement de l'Etat (dépense totale de santé inférieure aux prévisions de l'OMS pour améliorer les chances du pays à réaliser la CSU, faible mobilisation des financements innovants)</p> <p>Insuffisance de décaissement des fonds de l'Etat et de l'engagement/fongibilité des fonds des partenaires</p> <p>Faible appui des collectivités territoriales aux services de santé</p> <p>Insuffisance dans la mise en commun des fonds</p> <p>Coût élevée des prestations ;</p> <p>Risque élevé des dépenses catastrophiques liées à la santé (faible protection de la population contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé)</p> <p>Inefficience dans l'utilisation des ressources</p>	Financement inadéquat du secteur de la santé
Ressources humaines pour la santé	<p>Insuffisance du personnel en quantité et en qualité par rapport aux normes de l'OMS (4,45 personnels de santé pour 1000 habitants)</p> <p>Faiblesse dans la gestion prévisionnelle des effectifs et compétences</p> <p>Insuffisance de la qualité des formations (initiale et continue)</p> <p>Répartition inéquitable des ressources humaines entre le milieu urbain et le milieu rural</p> <p>Insuffisance de la gestion basée sur la performance des ressources humaines</p>	Insuffisance dans la gestion du personnel

PILIER	Problèmes majeurs	Problème central du pilier
Infrastructures, équipements et maintenance	Faible couverture sanitaire	Insuffisance en infrastructures, en équipements sanitaires et sociales ; ainsi que leur maintenance
	Insuffisance des équipements bio médicaux, et la logistique	
	Insuffisance de la maintenance	
	Insuffisance d'adaptation des infrastructures aux personnes à besoins spécifiques	
	Insuffisance du respect de la carte sanitaire dans l'implantation des infrastructures sanitaires	
Médicaments et autres produits de santé	Dysfonctionnement dans le système d'approvisionnement et de distribution en Médicaments et autres produits de santé	Insuffisance dans la disponibilité du sang et dérivés, médicaments, réactifs et consommables médicaux de qualité
	Insuffisance de disponibilité de sang	
	Recours à l'automédication	
	Résistance aux traitements	
	Recours aux circuits informels des médicaments	
	Faiblesse dans la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement	
Système d'information sanitaire et recherche en santé	Faible intérêt accordé à la recherche	Insuffisance dans la gestion de l'information sanitaire et de la recherche en santé
	Insuffisance de prise en compte de thématiques prioritaires de recherche	
	Insuffisance d'appropriation de la plateforme DHIS2 par les utilisateurs	
	Insuffisance dans la qualité et l'utilisation des données	
	Faible disponibilité des supports de collecte des données et faible connectivité	
Questions de Population	Faible prise en compte dans la formulation des politiques publiques des questions relatives à l'équité et au droit	Faible maîtrise de la fécondité
	Méconnaissances des enjeux et défis des questions de population par les communautés	
	Faible appropriation des certains décideurs des enjeux et des défis sur les questions de population	
Affaires sociales	Faible inclusion des groupes vulnérables	Insuffisance dans la protection sociale des groupes vulnérables
	Méconnaissance/insuffisance/Non-respect des textes législatifs et réglementaires relatifs aux groupes vulnérables	
	Faible couverture et dysfonctionnement des centres socio-économiques de formation professionnelle des personnes vulnérables	
	Opportunités limitées à certaines catégories de personnes vulnérables	

Le problème fédérateur qui se dégage à l'issue de la mise en commun des problèmes centraux des piliers et une analyse causale est **le faible accès des populations aux services de santé et sociaux de qualité.**

6.2 Causes et conséquences directes et indirectes du problème fédérateur

Les principales causes directes du problème fédérateur sont :

- (i) la faible disponibilité des prestations sanitaires et sociales due entre autres à une faible couverture sanitaire (53,6%) et la faible qualité des soins,
- (ii) l'insuffisance des mécanismes de prévention et de protection sanitaire et sociale, qui contribue à la permanence de l'exposition aux risques, des barrières socio-culturelles à l'accès aux services et à l'exposition à des risques financiers liés à la maladie,
- (iii) la non-maitrise de la fécondité dans la population nigérienne.

Les causes indirectes du problème fédérateur sont décrites comme suit :

6.2.1 Les causes de la faible disponibilité des prestations sanitaires et sociales de qualité :

1. le faible accès des soins de santé primaires (SSP) due à une faible couverture des infrastructures sanitaires et sociales, des équipements médico-sociaux (couverture sanitaire à 53,6%, seuls 42 hôpitaux des districts et insuffisance des plateaux techniques à tous les niveaux du système de santé) et de la maintenance,
2. l'insuffisance de la définition et opérationnalisation des paquets des services de santé essentiels selon le cycle de vie,
3. la faible qualité des soins
4. l'insuffisances dans la mise en œuvre et l'intégration des stratégies sous-sectorielles (maladies transmissibles, maladies non transmissibles, santé de la mère et de l'enfant, etc.)
5. l'insuffisance de l'intégration des secteurs privés et publics de santé,
6. l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines pour la santé aggravée par une répartition inéquitable de personnel existant entre le milieu urbain et rural ;
7. l'insuffisance dans la disponibilité de médicaments et autres produits de santé de qualité en partie liée à la lenteur dans le remboursement des factures de la gratuité qui prive l'ONPPC des ressources dont elle a besoin pour son bon fonctionnement ;

6.2.2 Les causes de l'insuffisance de la protection sociale en santé de la population

1. l'insuffisance dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Protection Sociale entraînant un ciblage insuffisant des indigents et autres personnes vulnérables,
2. l'insuffisance dans la protection sociale des groupes vulnérables,
3. l'inexistence d'une assurance maladie universelle,
4. l'insuffisance des mécanismes d'assistance médicale ciblée,
5. les faibles performances des dispositifs de la gratuité,
6. l'existence des barrières socio-culturelles à l'accès aux services sanitaires et sociaux y compris ceux qui sont offerts gratuitement (gratuité, comme la vaccination, etc.)

6.2.3 Les causes de la non-maîtrise de la fécondité

1. l'insuffisance de la prise en compte des questions de population dans les politiques publiques,
2. les pesanteurs socio-culturelles pour le recours aux services de PF, telles que le mariage et la maternité précoces,
3. l'insuffisance dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale surtout dans son volet utilisation des services etc.

6.2.4 Les causes de la faiblesse dans la gouvernance et du financement de la santé

1. les instances de coordination sectorielle à tous les niveaux ne sont plus adaptées à l'évolution du contexte à la fois national et international,
2. les ressources financières allouées au secteur de la santé sont insuffisantes et le taux d'exécution du budget sont faibles et limitent la capacité d'investissement du gouvernement ce domaine²⁰,
3. les performances actuelles du SNIS ne sont pas suffisantes pour permettre une prise des décisions basées sur données probantes en temps réel,
4. les progrès lents observés dans la mise en œuvre des budgets-programmes, de la décentralisation et de la mise en œuvre des recommandations issues des audits.

²⁰ La dépense totale de santé étant de \$35 par habitant et par an au lieu d'au moins \$112 requis pour accélérer les progrès vers la CSU selon les estimations de l'OMS,

Les causes structurelles du problème fédérateur sont les suivantes :

1. la faible croissance économique nationale,
2. la forte croissance démographique,
3. le taux élevé de la pauvreté de la population nigérienne,
4. le changement climatique,
5. le contexte sécuritaire de la sous-région,
6. le contexte économique international marqué par la perturbation de certaines chaînes d’approvisionnement en intrants essentiels et ayant une incidence sur le développement économique et agricole du pays.

Les principales conséquences du faible accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité sont :

6.2.5 Les conséquences primaires

1. la faiblesse relative et l’iniquité dans l’accès aux soins et services de qualité,
2. la persistance de la morbidité élevée liée aux maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition,
3. la persistance des maladies évitables par la vaccination,
4. la survenue des épidémies et autres catastrophes sanitaires, l’augmentation des infections nosocomiales,
5. la faible fréquentation et le retard de recours aux soins,
6. l’impact des dépenses de santé sur l’économie des ménages

6.2.6 Les conséquences secondaires

1. le taux élevé de la morbi-mortalité infanto-juvénile,
2. la persistance du ratio élevé de la mortalité maternelle,
3. la morbidité et la mortalité élevées dans la population,

6.2.7 Les conséquences tertiaires

Les conséquences tertiaires sont l’insuffisance de bien-être dans la population et une faible espérance de vie à la naissance et de l’espérance de vie en bonne santé ainsi qu’un développement optimal des enfants pour qu’ils contribuent de façon productive et efficiente à la société nigérienne de demain.

6.3 Défis majeurs

Les principaux défis qui doivent être relevés par le PDSS sont définis comme suit :

1. l’amélioration du leadership et de la gouvernance pour les résultats de développement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
2. l’amélioration de l’alignement, de l’efficacité de la dépense et la mobilisation des ressources additionnelles (budget de l’Etat consacré à la santé et

ressources extérieures) pour accélérer l'atteinte de la CSU et les autres ODDs liés à la santé

3. la mise en œuvre effective des réformes des finances publiques notamment des budgets programmes dans le secteur de la santé et la décentralisation
4. l'amélioration de la gestion du personnel y compris la répartition équitable entre le milieu urbain et rural ;
5. le renforcement des capacités en infrastructures et équipements sanitaires et sociaux en vue d'améliorer la couverture sanitaire et la continuité des soins;
6. le renforcement de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ;
7. l'amélioration de la gestion de l'information sanitaire ;
8. le renforcement du système de la recherche en santé ;
9. la maîtrise de la fécondité ;
10. le renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables ;
11. le renforcement de l'hygiène publique et de la santé environnementale.

VII. ORIENTATIONS STRATEGIQUES : OBJECTIFS, AXES STRATEGIQUES, STRATEGIES D'INTERVENTION DU PDSS 2022-2026

7.1. Vision et objectifs du PDSS

7.1.1. La vision

Le Niger aspire être une nation où les populations bénéficient d'un accès universel aux services socio-sanitaires de qualité répondant à leurs besoins.

7.1.2. Les objectifs du PDSS

L'Objectif global est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des populations et à la transition démographique.

TABLEAU N° 7 : EVOLUTION ATTENDUE DES INDICATEURS D'IMPACT

Indicateurs	Cible ODD3	Données de base	Cibles pour 2026
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	ODD 3.1	520 en 2015	264
Taux de mortalité infanto-juvénile	ODD 3.2a	123‰ en 2021	62‰
Taux de mortalité néonatale	ODD 3.2b	43‰ en 2021	24 ‰

L'objectif spécifique est d'améliorer l'accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité.

TABLEAU N° 8 : EVOLUTION ATTENDUE DES INDICATEURS DE LA CSU

Indicateurs	Cible ODD3	Données de base	Cibles pour 2026
Couverture des services de santé essentiels	ODD 3.8.1	37%	65%
Incidence de la dépense catastrophique liée à la santé ²¹	ODD 3.8.2	6,5%	3%

7.2. Axes stratégiques, réformes clefs et stratégies d'intervention

7.2.1. Les axes stratégiques

Les principaux axes stratégiques du PDSS sont :

- amélioration de la gouvernance et du financement de la santé ;
- amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations sanitaires et sociales de qualité ;
- renforcement de la protection sanitaire et sociale de la population générale et des groupes vulnérables et à besoins spécifiques en particulier ;
- amélioration de la maîtrise de la fécondité.

7.2.2 Les stratégies d'intervention

7.2.2.1. PROGRAMME 1 : Amélioration de la gouvernance en santé

Pour améliorer la gouvernance en santé dans le cadre de la mise en œuvre efficace du PDSS 2022-2026, un travail sera engagé pour renforcer :

- le cadre institutionnel,
- les mécanismes de régulation du secteur
- la coordination du système de santé et la redevabilité des acteurs,
- la décentralisation et la déconcentration
- la dynamique communautaire dans la gestion des services de santé,
- la multisectorialité,
- la communication institutionnelle,
- les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé,
- la planification et le suivi-évaluation,
- le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales,
- la gestion de l'information sanitaire,
- la recherche en santé.

Le programme 1 est porteur des 4 réformes clefs :

²¹ Pourcentage des ménages qui ont dépensé plus de 10% de leur revenu pour payer les soins de santé au cours d'une période donnée. A ce seuil, on considère que ces ménages ont fait face aux dépenses catastrophiques de santé

- la poursuite du **développement des approches de e-santé**, notamment à travers l'appui au déploiement **d'outils d'aide au diagnostic, à la prescription et à la gestion des données**
- la mise en place de la **réforme des cadres de concertation et de coordination à tous les niveaux**, y inclus l'amélioration des modes de planification stratégique et opérationnelle
- la réforme du financement de la santé à travers le financement innovant de la santé, **la réforme du FCS, la mise en place de l'INAM et l'alignement de l'aide budgétaire sur des indicateurs et réformes clefs du PDSS**
- La mise en place de l'Observatoire National de Santé et de tableaux **de bords à tous les niveaux** pour renforcer la redevabilité et le pilotage stratégique.

a) Renforcement du cadre institutionnel du MSP/P/AS

Le renforcement du cadre institutionnel passe par la mise en place des différents outils réglementaires liés à la fusion du Ministère de la Santé Publique, de celui de la Population et des Affaires Sociales en vue de parachever la réorganisation du ministère conformément au décret N° 2021-325/ PRN/MSP/P/AS du 13 Mai 2021 portant organisation du MSP/P/AS.

Il faudra de plus aligner la structure organisationnelle du MSP/P/AS sur la réforme des finances publiques qui met en place les budget-programmes en vue de donner les moyens institutionnels aux responsables des Programmes pour la réalisation des résultats dont ils seront comptables.

L'approche budget programme sera déclinée aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elle implique la mise en place de Directions Régionales mais aussi Départementales de la Santé, de la Population et des Affaires Sociales, qui intègrent effectivement et créent les synergies entre les différents spécialités et fonctions et monitorent effectivement de manière intégrée l'ensemble des stratégies multisectorielles développées.

Pour favoriser une évolution rapide du cadre institutionnel certains goulots d'étranglement dans la préparation, validation et publication des textes devront être desserrés, notamment en renforçant les ressources humaines et les moyens techniques de la Direction de la législation du MSP/P/AS.

La réforme du cadre institutionnel devra s'organiser autour de valeurs cardinales du service public (continuité, mutabilité/adaptabilité, égalité, neutralité, probité, subsidiarité...), les réaffirmer et les incarner aux différents niveaux à travers des dispositifs d'affirmation des droits et devoirs (mise en espace de chartes du soignant et du patient) et de mécanismes d'évaluation, de vérification et de plainte.

b) Renforcement des mécanismes de régulation du secteur

Concernant les mécanismes de régulation du secteur, il faut : (i) renforcer les capacités de l'inspection générale des services en moyen logistiques, matériels, humains et financiers, (ii) organiser de façon régulière les missions d'audits, d'inspection et de contrôle, (iii) et mettre en œuvre les recommandations issues de ces missions.

c) Renforcement de la coordination du système de santé et de la redevabilité des acteurs

Le bilan du dernier PDS souligne la nécessité de renouveler le cadre de redevabilité, et de renforcer la coordination, interne et externe.

Différentes reformes et outils ad hoc seront déployés dans cette double perspective :

- la mise en place de tableaux de bord pour améliorer le pilotage et la redevabilité à chaque niveau et entre les niveaux de la pyramide sanitaire et administrative (en lien avec les reformes de l'information sanitaire).
- la réforme du cadre de concertation, de planification et de redevabilité.

Ces développements prendront place et renforceront l'opérationnalisation de la réforme des budget-programmes et l'orientation sur les résultats des interventions de santé.

La réforme de la coordination appuyée sur un principe central de redevabilité mutuelle visera à réaffirmer, incarner et mettre en œuvre les valeurs de la déclaration de Paris.

En plus du suivi de la mise en œuvre du PDSS à travers les revues annuelles et semestrielles, les instances de coordination seront des espaces de dialogue et de concertation entre les différentes parties prenantes notamment en ce qui concerne les principes de la déclaration de Paris et autres engagements internationaux, de suivi de la mise en œuvre des réformes sectorielles telle que le budget-programme, etc. Au niveau national, l'instance de coordination comprendra

- (i) un organe politique et de décision, le Comité National de la Santé (CNS) qui aura pour mission d'approuver les orientations politiques en matière de santé et de promouvoir la multisectorialité en faveur du secteur de la santé,
- (ii) un organe stratégique, le Comité Stratégique National de la Santé (CSNS) qui est l'organe de coordination du secteur de la santé dont la mission consistera à valider les documents stratégiques du secteur de la santé et à préparer les réunions du CNS,
- (iii) le Secrétariat Permanent (SP) assure le secrétariat du CSNS. Sa mission consiste impulser le dialogue sectoriel autour de la Politique Nationale de la Santé (PNS) et du PDSS ainsi que la réalisation des engagements présidentiels et des engagements de la PNSN sous la redevabilité du MSP/P/AS, à assurer la cohérence des documents stratégiques produits par les commissions techniques et à préparer les réunions du CSNS et,
- (iv) les Commissions Thématiques (CT) qui auront pour mission d'impulser le dialogue sous sectoriel autour des thématiques telle que le financement de la santé, les ressources humaines pour la santé, etc. et d'apporter leurs appuis aux quatre Programmes du MSP/P/AS dans la réalisation de leurs missions.

Le renforcement de la coordination et de la redevabilité seront également incarnés par la réforme du FCS en vue d'en faire un cadre de coordination opérationnelle et d'alignement des PTF ainsi qu'un dispositif central de financement de la santé.

Le renforcement de la redevabilité et du partenariat avec le secteur privé de la santé s'appuiera sur

- i) le renforcement de la collaboration avec les structures du secteur privé de la santé ;
- (ii) l'amélioration du cadre juridique déterminant les conditions d'exercice dans le secteur de la santé ;
- (iii) mise en place du dispositif institutionnel d'identification, de planification et de mise en œuvre des projets articulant acteurs du service public et acteurs privés dans le secteur de la santé.

d) Renforcement de la décentralisation et de la déconcentration

La déconcentration et la décentralisation constituent des axes importants pour rendre effectif le principe de subsidiarité.

La déconcentration et surtout la décentralisation se heurtent au problème du décalage entre les textes et les moyens délégués. Ici encore, la délégation de l'ordonnancement ouvre des possibilités au MSP/P/AS pour accélérer le transfert de compétences et des ressources de l'Etat.

La délégation de moyens doit faire l'objet d'un accompagnement des collectivités territoriales. La fonction de conseiller des maires sur les questions de santé des responsables des structures de santé situés dans les chefs lieu de commune doit être réaffirmée.

Les performances de cette approche doivent conduire à l'inscription budgétaire effective des ressources pour la santé dans les Plans de Développement Communaux et les budgets annuels des communes.

e) Renforcement de la multisectorialité

Les actions des autres secteurs sont nécessaires à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations notamment en agissant sur les déterminants de la santé tel que l'eau, l'assainissement, l'éducation, le climat, etc. C'est la raison pour laquelle la multisectorialité est l'une des trois composantes du nouveau concept des SSP tels que définit dans la nouvelle vision des SSP pour le 21ème siècle. Elle continuera de prendre corps au niveau du MSP/P/AS dans des dispositifs existants (One Health...) et sera complété par le déploiement des organes de pilotage de la CSU.

Au cours de la mise en œuvre de ce PDSS, le ministère de la santé devra renforcer la participation des autres secteurs à ces instances, que les autres secteurs prennent en compte les besoins de maintenir ou d'améliorer la santé des populations dans leurs politiques et plans dans le cadre de la Santé dans toutes les Politiques.

De manière symétrique, le MSP/P/AS assurera une participation active et de haut niveau aux cadres multisectoriels déployés par d'autres ministères porteurs de déterminants.

f) Renforcement de la planification et du suivi-évaluation

Le Niger élabore et met en œuvre les plans stratégiques du secteur de la santé depuis plusieurs années. Ce PDSS est le cinquième exercice de ce type. En matière de planification et suivi de la mise œuvre, les efforts suivants devront être faits pour plus d'efficacité et d'efficience :

- (i) un meilleur alignement entre le PDSS et les plans sous-sectoriels (plans de développement des ressources humaines, plans stratégiques de lutte contre les maladies transmissibles ou non transmissibles, etc.),
- (ii) l'effectivité des supervisions et au renforcement de leur qualité,
- (iii) la revue annuelle du secteur de la santé devra devenir une plateforme de redevabilité et de responsabilité mutuelle au cours de laquelle sont examinés et suivis les engagements des parties prenantes (gouvernement et partenaires),
- (iv) le Guide de Suivi et Evaluation devra intégrer la réforme des instances de coordination.

Une grande priorité du PDSS sera d'améliorer les exercices de planification annuelle ascendants. Un effort conséquent sera notamment réalisé pour conduire les CSNS durant le mois de décembre pour assurer une validation des PAA avant leur année de mise en œuvre. Un travail important sera conduit en amont pour :

- aligner les objectifs et décliner la planification annuelle du PDSS, ainsi que les priorités du MSP/P/AS à travers une note d'orientation,
- renforcer la prévisibilité des budgets, contributions de l'Etat et des PTF, notamment en développant des outils de cartographie prospective des ressources et à travers une mobilisation des données anticipées, suivant le calendrier d'élaboration national du budget,
- en parallèle, travailler sur les coûts de production pour faire évoluer la planification et la budgétisation d'une approche centrée sur les moyens mis à disposition par les PTF à une logique de besoins et de coûts des activités essentielles des structures de prestation. Pour ce faire un outil d'analyse de coûts et de la structure du financement sera progressivement déployé et mis à jour, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il permettra de mobiliser des éléments d'analyses essentiels et à mettre en lumière la structure des coûts, la complexité des modes de financement, à éclairer les choix techniques et stratégiques.

Ces exercices seront doublés de revues semestrielles qui devront permettre une adaptation à mi-parcours et des ajustements des priorités à travers une planification et budgétisation adaptative.

L'ensemble de ces évolutions devra contribuer à un renforcement de l'alignement et de la prévisibilité des contributions et à une amélioration des taux de réalisation physique et budgétaire des PAA.

Le suivi et l'évaluation seront organisés à travers une articulation :

- des tableaux de bords à tous les niveaux qui favoriseront les rendus de compte à travers les organes de coordination et lors des missions de supervision,
- des missions de supervision du niveau supérieur,
- d'un travail de capitalisation des études, évaluations et audits dans le cadre d'une base de données organisée.

g) Renforcement du système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales

La dépense totale actuelle de la santé, estimée à \$44 par habitant et par an, est faible. Elle permet juste de maintenir le niveau actuel des activités du secteur de la santé avec un indice de couverture des services de santé essentiels évalué à 37% pour une couverture attendue de 85% en 2026.

Des réformes devront être menées pour améliorer la programmation, la priorisation des dépenses et renforcer l'efficacité dans l'utilisation et l'orientation vers les résultats des ressources financières existantes.

Pour ce faire, certaines opportunités seront saisies par le MSP/P/AS :

- la réforme des budgets-programmes en cours est une opportunité. Elle permettra non seulement de renforcer la gestion axée sur les résultats, mais aussi la redevabilité dans le secteur de la santé.
- elle se double d'une délégation de l'ordonnancement qui permettra des arbitrages techniques et financiers au niveau du MSP/P/AS, renforçant la cohérence du pilotage stratégique et l'opérationnalisation des priorités.

Ces deux réformes doivent permettre de mieux prendre en compte certains défis critiques, notamment :

- les enjeux autour des cofinancements, requis par un nombre croissant de PTF, qui constituent un point de blocage et limitent la continuité de certaines activités par les ruptures qu'ils occasionnent (antigènes, ATPE...)
- les arbitrages en matière d'investissement et de développement de la carte sanitaire.

D'autres stratégies déployées au cours du PDSS devraient contribuer à renforcer l'efficacité de la dépense en santé :

- la réforme du Fonds Commun permettra d'en faire l'outil central de financement de la mise en œuvre du PDSS. Elle devrait renforcer l'attractivité et le volume du financement fongible qui permettra d'accroître l'alignement et les moyens du MSP/P/AS dans la mise en œuvre du PDSS.
- la rationalisation et la réduction des Unités de Gestion de Projet/programme (UGP) qui sont des structures fortement consommatrices de ressources financières et humaines, moyens qui pourront être réorientés pour financer les priorités et réformes du MSP/P/AS.
- l'abandon des logiques d'achat passif et la transition progressive vers des achats stratégiques à travers l'opérationnalisation de l'INAM qui alignera, créera les synergies nécessaires et professionnaliser les approches de gratuité, de FBR et d'assurance maladie,
- le développement, en pilote, d'approches de financement direct non conditionnel.

Un troisième axe de travail pour améliorer l'efficacité du système consistera dans la recherche et documentation systématique des bonnes pratiques et des réformes à bas coût, initiées par des agents réformateurs locaux. Leur documentation, leur validation et leur diffusion permettra une adoption à large échelle de ces techniques.

Au-delà de l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des moyens disponibles, il est important que les ressources allouées au secteur de la santé et social continuent d'augmenter pour permettre à ce dernier d'une part de faire face à ces nouvelles responsabilités issues de la fusion entre le ministère de la santé, celui des affaires sociales et le ministère de la population et, d'autre part, pour permettre au secteur de faire face à l'accroissement de la dépense de santé liée à la nécessité d'atteindre la couverture sanitaire universelle et autres cibles des objectifs de développement durable. En effet, l'accroissement de la couverture sanitaire estimée actuellement à 53,21% (2021), la mise en œuvre des paquets des services de santé essentiels en vue d'accroître la couverture des services de santé essentielle (estimée à 37% pour un objectif de 85% d'ici 2026), l'augmentation de la densité du personnel pour s'approcher des normes requises pour espérer accélérer les progrès vers la CSU vont nécessiter une dépense de santé largement supérieure à celle observée ces dernières années.

Pour ce faire, en plus du travail d'amélioration de la planification et de l'efficacité de la dépense en santé, qui constitue des facteurs d'attractivité pour les PTF, sera engagé :

- un plaidoyer pour la mobilisation effective des ressources de l'Etat, notamment à travers des financements innovants,
- un travail de mise au point de dossiers d'investissement sur les réformes prioritaires et les stratégies à haut impact,
- une action proactive du MSP/P/AS d'identification des indicateurs clés qui seront proposés aux acteurs de l'aide budgétaire pour améliorer le fléchage de l'aide budgétaire « santé » vers des dossiers clés du MSP/P/AS.

h) Renforcement de la dynamique communautaire dans la gestion des services de santé

Pour améliorer la dynamique communautaire dans le secteur de la santé, il faut entreprendre les actions suivantes : (i) rendre effective la fonctionnalité des structures de participation communautaire à tous les niveaux, (ii) renforcer la motivation des relais communautaires, (iii) renforcer l'autonomie des organes de participation communautaire.

i) Renforcement de la communication institutionnelle

Conformément à la stratégie nationale intégrée de communication, les actions visant les objectifs suivants seront mises en œuvre :

- i. renforcer la visibilité du secteur à travers les nouvelles technologies d'informations,
- ii. renforcer la communication interne et externe à tous les niveaux,
- iii. améliorer le traitement et la transmission des informations,
- iv. renforcer le suivi et l'encadrement des agents en matière de communication institutionnelle,
- v. renforcer la coordination de toutes les formes de communication.

D'un point de vue opérationnel, il s'agira notamment de mettre à jour et alimenter les différentes plateformes, rendre disponible les outils et formats de communication institutionnelle, faciliter la mise au point de stratégies de communication de masse, recenser, capitaliser et évaluer les communications du MSP/P/AS... Pour ce faire un plan de communication et les outils afférents seront mis à jour (calendrier éditorial, marronnier hebdomadaire, veille internet...).

j) Renforcement de la gestion de l'information sanitaire

Au cours du PDSS les résultats suivants sont attendus en matière de renforcement du système d'information sanitaire :

- i. mettre en place l'observatoire national de santé,
- ii. améliorer l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication (TIC) du SIS,
- iii. développer l'interopérabilité du SIS avec les autres plateformes (DHIS2, SIGL, GRH, mhealth, carte sanitaire.),
- iv. améliorer la qualité et utilisation des données du SIS.

Ces objectifs passeront par un travail continu d'amélioration de la complétude, de la promptitude et de la cohérence des données produites à tous les niveaux. Un travail d'accompagnement des structures les moins performantes sera conduit. Les données produites alimenteront un tableau de bord par structure et par niveau qui favorisera l'analyse des performances et éclairera les choix stratégiques.

k) Développement des technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé

Au cours du PDSS les résultats suivants sont attendus en matière de développement et d'intégration des technologies innovantes :

- (i) l'adoption et la diffusion de technologies numériques innovantes ;
- (ii) le renforcement des capacités du personnel en matière de e-Santé, de télésanté et de télémédecine ;
- (iii) l'utilisation effective des technologies numériques innovantes au profit des missions du MSP/P/AS au vu des opportunités offertes par le développement de ces outils.

C'est dans cadre que la division de technologie de l'information et de la communication sera érigée en direction nationale.

Ces objectifs prendront la forme d'une veille et d'une évaluation des technologies et outils numériques potentiellement pertinents, d'une mise à jour de la carte sanitaire en vue de faciliter la présentation spatiale des données, de favoriser la planification et l'identification des priorités. Seront également développés et déployés des outils intégrés visant notamment l'aide au diagnostic, à la prescription, à la gestion des stocks, la poursuite de la dématérialisation des informations sanitaires, le développement de tableaux de bord...

I) Amélioration de la recherche en santé,

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- i. renforcer la maîtrise des méthodes de la recherche en santé par tous les acteurs,
- ii. assurer le suivi des activités de recherche en santé,
- iii. renforcer la coordination de la recherche en santé,
- iv. assurer un financement durable des activités de recherche en santé ,
- v. renforcer le cadre législatif et réglementaire de la recherche en santé,
- vi. renforcer la prise en compte des savoirs dans les arbitrages /décisions politiques et techniques.

Dans le cadre du PDSS, ces objectifs seront organisés autour de trois axes de travail :

- en lien avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, le MSP/P/AS va orienter de manière plus stratégique la recherche conduite au Niger. Il conviendra de rendre fonctionnel ou de créer le cadre pour discuter et fixer les priorités de recherche et assurer leur alignement sur les priorités du PDSS et les enjeux émergents de santé au Niger, notamment en lien avec la transition épidémiologique, le changement climatique...
- cette structure recensera les organisations de recherche opérant dans le champ de la santé et proposera un cadre de travail visant à renforcer l'alignement des acteurs de la recherche sur les priorités de santé publique du Niger et à favoriser un financement cohérent, servira à fédérer les structures de recherche nationales en santé et à favoriser leur rapprochement, la complémentarité des analyses issues de champs disciplinaires différents et à renforcer les synergies.

Un effet induit sera de renforcer le lien entre structures de soins et structures de recherche, et de reverser les savoirs produits dans la formation initiale, continue et à la recherche, favorisant la mobilité des personnels qui souhaitent s'y adonner.

- Un troisième axe de travail, complémentaire, sera de mettre en place une base de données organisée, à jour, et ouverte compilant les savoirs produits par la recherche en santé au Niger. Une fois celle-ci opérationnelle, pourra être initié un travail de courtage en connaissance.

Le tableau suivant présente l'évolution attendue des résultats de la gouvernance au cours de la mise en œuvre du PDSS.

TABLEAU N° 9: EVOLUTION ATTENDUE DES RESULTATS DE GOUVERNANCE AU COURS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDSS

Evolution des indicateurs de la gouvernance								
Stratégies d'intervention	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2022	2023	2024	2025	2026
Rationalisation et augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé	La dépense totale de santé augmente progressivement pour atteindre le niveau recommandé	Dépense totale de la Santé par habitant et par an (USD)	\$44	\$50	\$55	\$60	\$65	\$70
Les budgets programmes mis en place sont opérationnels	L'ordonnancement est décentralisé en faveur du MSP/AS/P	% du budget de l'Etat consacré à la santé ordonnancée par le MSP/AS/P	ND	30%	50%	70%	100%	100%
Renforcement de la coordination intra et intersectorielle	Les organes de coordination et concertation issue de la réforme sont fonctionnels à tous les niveaux du système de santé	% des structures de coordination fonctionnelles à tous les niveaux du système de santé	ND	20%	40%	50%	70%	100%
	% des PTF qui alignent leurs interventions sur le PDSS ainsi que leurs ressources sur les processus nationaux (y compris le Fonds Commun)	Les interventions des PTF sont alignés sur le PDSS et leurs ressources sur les processus nationaux	ND	20%	40%	50%	70%	100%
Renforcement de la redevabilité mutuelle	La redevabilité est améliorée à tous les niveaux du système de santé	% des engagements inscrits dans les compacts tenus par chaque partie (gouvernement et PTFs)	ND	20%	40%	60%	80%	90%
		% des rapports d'activités qui rendent compte des résultats réalisés en fonction des ressources mises à disposition	ND	20%	40%	60%	80%	90%
Planification stratégique et opérationnelle et suivi de la mise en œuvre	Les plans stratégiques sous-sectoriels sont alignés au PDSS	% des plans stratégiques sous-sectoriels qui ont le même cycle de planification avec le PDSS	ND	100%	100%	100%	100%	100%
	Les revues annuelles deviennent une plateforme de redevabilité et de responsabilité	% de recommandations des revues mises en œuvre.	ND	100%	100%	100%	100%	100%

7.2.2.2. PROGRAMME 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales

En vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des prestations sanitaires et sociales, les stratégies mises en œuvre seront appuyées par trois grandes réformes de fond, qui constituent des préalables notamment :

❖ Réaffirmation du principe de subsidiarité et réaffirmation du rôle central des Directions Départementales de la Santé, de la Population et des Affaires Sociales

Dans le cadre de la déconcentration et surtout de la décentralisation, le transfert de responsabilité opéré n'a pas toujours été suivi des moyens afférents. La tentation du centralisme reste importante. Le PDSS entend rompre avec cette dynamique et inscrire la subsidiarité comme une de ses valeurs cardinales.

Confier la responsabilité d'une action de santé à l'entité la plus proche de ceux qui sont directement concernés par l'action conduit à réaffirmer le rôle central de l'échelon opérationnel et à œuvrer en faveur d'un leadership, d'une autonomie et d'une responsabilité effective des ECD et des directions des HD, CHR et CSME.

Cette réaffirmation du rôle des entités de pilotage opérationnel implique :

- la revue de la composition des équipes en charge du pilotage, qui ont été étoffées par des points focaux sur des dossiers spécifiques mais qui sont souvent incomplètes (absence récurrentes d'OPM) et souffrent toujours de l'absence de certaines fonctions clefs (gestion ME par exemple), phénomène que l'extension du périmètre d'action du MSP à la Population et aux Affaires Sociales vient accentuer,
- l'extension du périmètre d'action du MSP/P/AS à des enjeux non sanitaires vient réactiver la nécessité de renforcer les fonctions de management d'équipe départementales et régionales en charge des enjeux sanitaires, de population et d'affaires sociales,
- enfin, l'extension du périmètre du MSP/P/AS pose la question de l'échelle opérationnelle pertinente, avec notamment la possibilité de penser la communalisation de la gestion des enjeux de santé et d'affaires sociales.

Les équipes des directions départementales de la santé, de la population et des affaires sociales (DDSPAS) seront évaluées pour établir les données de base (base line) et les gaps. Une feuille de route pour le renforcement de ces structures sera élaborée et mise en œuvre. Elle s'appuiera notamment sur les moyens mobilisés dans le cadre des stratégies d'achat stratégique en particulier de FBR.

Les normes d'investissement et de fonctionnement seront actualisées pour prendre en compte les récentes évolutions notamment la nécessité de la mise en œuvre des Paquet des Services de Santé Essentiels (PSSE) en lieu et place des PMA et PCA. Les capacités des DDSPAS, des Equipes des HD, CSME, CHR, seront renforcées pour une mise en œuvre efficace du nouveau concept des soins de santé primaires et assurer la mise en œuvre du périmètre étendu du MSP/P/AS.

Ce renforcement des structures de première ligne comme de première et seconde référence visera à réaffirmer ces dernières comme des espaces de formation et d'impulsion de réseaux de soins et des systèmes hospitaliers régionaux. Ces dynamiques seront inscrites dans des Plans de développement de réseaux de soins articulant structures de proximité, HD et CHR-CSME.

Ces dispositifs seront intégrés et appuyés par le FCS et l'INAM, avec un passage progressif de financement d'activités à une logique de convention d'objectifs et de moyens, dans le cadre de contrat de performances et d'une démarche d'AQ.

Ce principe de subsidiarité organisé fera l'objet d'un monitoring renforcé via un tableau de bord pour suivre et comparer l'évolution des performances de ces équipes et des missions de supervisions renforcées pour accompagner cette montée en autonomie et responsabilité.

❖ **Le renforcement de la gestion des ressources humaines de santé**

S'agissant des RHS, les objectifs suivants seront poursuivis :

- (i) renforcer la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences,
- (ii) recruter le personnel nécessaire et doter les structures selon les normes RHS en priorisant les zones rurales,
- (iii) renforcer les mécanismes de rétention des personnels de santé et des relais communautaires,
- (iv) améliorer la qualité des formations initiales et continues.

La marche vers ces objectifs implique d'initier ou de mener à terme les stratégies suivantes au cours du PDSS :

- le renforcement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences qui se fera à travers la mise en place d'outils de gestion,
- le recrutement du personnel nécessaire et la dotation des structures selon les normes RHS en priorisant les zones rurales,
- le renforcement des mécanismes de rétention du personnel de santé et des relais communautaires,
- l'amélioration de la qualité des formations initiales passe par un appui conséquent des écoles de formation publiques et privées ; il s'agira de réguler l'implantation des écoles, renforcer les écoles en ressources humaines de qualité et en nombre suffisant, en matériel pédagogique et didactique, l'amélioration de l'organisation de l'examen unique de certification etc.

Dans le cadre de la maîtrise des effectifs des élèves et étudiants, le MSP/P/AS devra prévoir la possibilité d'organiser un test de recrutement unique d'entrée dans les écoles publiques et privées, de poursuivre la création des écoles publiques de formation en santé dans tous les chefs-lieux des régions ainsi que l'élaboration des textes réglementaires régissant la création et l'exploitation de ces écoles pour un bon accompagnement dans le cadre du processus d'accréditation.

Dans le cadre de la formation continue, un problème stratégique qui devra être résolu de façon viable durant le nouveau PDSS 2022-2026 est le renouvellement des médecins généralistes capacitaires en chirurgie, qui sont majoritairement capables

d'interventions chirurgicales dans les HD dans le milieu rural dans tout le pays. Pour compléter la fonctionnalité des blocs chirurgicaux des HD il faut assurer la formation des techniciens d'anesthésie et des aides chirurgiens.

D'autre part un accent particulier sera mis sur les priorités suivantes :

- mettre à jour le Plan de Développement des RHS,
- développer les comptes nationaux des personnels de santé,
- développer le progiciel pour améliorer la gestion prévisionnelle des RHS, en assurant l'interopérabilité des différentes sources d'information (DHIS2, carte sanitaire...) et le partage d'information entre les différents ministères contributeurs,
- valider et diffuser les fiches de poste et les procédures de gestion des RHS,
- concevoir, diffuser et faire signer une charte des personnels de santé qui promeut les valeurs cardinales de profession (compétence technique, probité, empathie...),
- favoriser le remplacement des personnels et accroître la densité des RHS via :
 - ✓ des campagnes annuelles de recrutement (qui permettent le recrutement comme fonctionnaires d'agents contractuels). Celles-ci seront
 - ✓ une mobilisation / recours accru à un Volontariat de Compétence (via l'ANVD et le Service Civique), qui permettra d'offrir une expérience professionnelle aux jeunes diplômés et assurer une montée en compétences.
- favoriser l'équité dans la répartition spatiale des RHS via le processus de décentralisation des lignes budgétaires de création des postes (création de postes affecté à une structure/département) qui débouchera sur la mise en place d'une fonction publique territoriale de concert avec les Ministères en charge de la question,
- améliorer la rétention des personnels en milieu rural, par :
 - ✓ développement d'un accès aux services de base au niveau des structures de santé (eau, électricité, connexion, chaîne du froid)
 - ✓ l'évolution du plateau technique dans les structures communales où sont affectés des médecins (possibilité de mise en place d'un mini-laboratoire) pour arriver progressivement à des centres médicalisés, constituant un échelon intermédiaire entre CSI et HD,
 - ✓ assurer la motivation et la supervision continue des relais communautaires
- inscrire les RHS dans des logiques d'évaluation des performances collectives et individuelles, notamment en s'appuyant sur les contrats de performance et les recettes dans le cadre de l'achat stratégique et du FBR, qui viendront progressivement se substituer aux compléments de rémunération non liées à la performance,
- promouvoir le personnel compétent et les initiatives/innovations à travers une documentation des pratiques et des modèles de reconnaissances non-financiers (formation, présentation publique, accompagnement du pèlerinage...).

De manière complémentaire, en lien avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, un travail doit être engagé pour renforcer / améliorer la formation initiale des personnels paramédicaux notamment, via un meilleur encadrement/certification des écoles de formation en santé. L'objectif est d'aboutir à une meilleure compétence théorique et technique des personnels en rehaussant le niveau des enseignements, en améliorant l'encadrement des stages et, en adaptant le nombre de personnels formés aux besoins du secteur de la santé au Niger.

❖ **Le déploiement effectif de la chaîne unique d'approvisionnement à travers une bonne gouvernance, l'approvisionnement au dernier kilomètre, l'opérationnalisation du SIGL.**

Pour pallier aux carences observées en matière de disponibilité et d'accessibilité des médicaments et autres produits de santé, l'Etat veillera à mettre en place une chaîne unique d'approvisionnement qui aura pour rôle d'intégrer les différents systèmes publics d'approvisionnement et concourir à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national d'approvisionnement. Pour ce faire, il s'agira entre autres de poursuivre les objectifs suivants :

- (i) mise en place d'un cadre législatif et réglementaire adéquat y compris l'opérationnalisation de l'Agence du Médicament ;
- (ii) coordination de toutes les interventions des différents partenaires de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé à usage humain (Etat, ONPPC, partenaires techniques et financiers et ONG de santé) ;
- (iii) stockage, gestion et distribution des produits de santé à usage humain issus des subventions de l'Etat, des partenaires et des dons au profit des populations du niveau central jusqu'au dernier kilomètre ;
- (iv) mise en place d'un SIGL informatisé.

La coordination de toutes les interventions de la chaîne unique sera assurée par la DPH/MT tandis que l'ONPPC assurera l'achat, le stockage, la gestion et la distribution des produits de santé à usage humain du niveau central jusqu'au dernier kilomètre. Parmi les autres actions prioritaires, on peut mentionner :

- (i) le renforcement de la gouvernance du secteur pharmaceutique (cadre juridique et institutionnel), mais aussi l'opérationnalisation de l'Agence Nigérienne de Réglementation du secteur Pharmaceutique (ANRP), l'élaboration et la mise en œuvre de normes et documents stratégiques,
- (ii) le renforcement de la chaîne d'approvisionnement qui implique :
 - le passage d'un SIGL papier à un eSIGL articulé avec le DHIS2,
 - l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'approvisionnement national avec comme préalable l'alignement et l'intégration des PTF et de leurs contributions dans ce dispositif pour éliminer tous les systèmes d'approvisionnement et de distribution parallèles,
 - la poursuite de la réforme de l'ONPPC et des services en charge de la gestion des produits de santé au sein du MSP/P/AS, notamment :
 - ✓ le renforcement de la logistique

- ✓ le renforcement de capacité des RH, via le redéploiement des effectifs des pharmacies populaires et le déploiement d'une fonction de gestionnaire de stock du médicament/pharmacien dans les ECD,
 - ✓ l'amélioration et la mise aux normes des capacités de stockage,
 - ✓ la mise en place d'un dispositif unifié / fongible de financement des différentes fonctions de la chaîne d'approvisionnement et favoriser l'alignement des PTF,
 - ✓ la capitalisation, la définition d'une feuille de route et le passage progressif à l'échelle de la stratégie d'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre,
- (iii) la promotion des médicaments traditionnels améliorés dans le système de soins de santé et,
- (iv) la promotion et le développement d'une industrie locale de médicaments.

Les capacités du LANSPEX seront renforcées pour son accréditation ISO/CEI 17025 et/ou sa pré qualification OMS ainsi que son maintien.

En définitive le programme 2 est porteur de 6 réformes clefs :

- **la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de subsidiarité**, orientée vers la délégation de moyens et la responsabilisation accrue du niveau opérationnel dans le cadre du périmètre étendu des attributions du MSP/P/AS,
- **l'amélioration de la gestion prévisionnelle et de la décentralisation de la gestion des ressources humaines**, notamment via l'identification et l'accompagnement des cadres à fort potentiel et la régionalisation des postes/ déploiement de la fonction publique territoriale de la santé.
- l'opérationnalisation progressive d'une **chaîne unique d'approvisionnement**, notamment à travers l'alignement des PTF autour d'un plan d'approvisionnements en médicaments et autres produits de santé.
- le **passage du PMA-PCA à la PSSE**, et le déploiement de réseaux de soins,
- La définition et la mise en œuvre d'une **stratégie d'accélération de la couverture sanitaire à moindre cout**,
- la **relance des processus de collaboratifs d'Assurance qualité** et de promotion des **réformes par le bas / bonne pratiques**.

Ces reformes clefs sont des conditions préalables et critiques à la réussite des stratégies et à l'atteinte des objectifs de santé publique du Programme 2 du PDSS.

En vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des prestations sanitaires et sociales, les stratégies suivantes seront mises en œuvre :

a) Revitalisation des soins de santé primaires.

La vision de soins de santé primaires pour le 21^{ème} siècle retenue à la suite de la Déclaration d'Astana définit le nouveau concept des SSP et l'organise autour de trois composantes :

- i. Les soins de santé intégrés avec un focus sur les soins primaires et les fonctions de santé publiques pour répondre aux besoins de santé de la population à travers des soins complets qui sont à la fois promotionnels, préventifs, curatifs, réadaptatifs et palliatifs à travers le cycle de vie,
- ii. La multisectorialité pour adresser les déterminants de la santé et,
- iii. Le renforcement des communautés locales en vue de leur pleine participation à l'action sanitaire qui les concerne.

Cette vision se mettra en œuvre à travers le cadre opérationnel des SSP. Il s'agira de façon concrète :

- d'étendre progressivement la couverture sanitaire nationale pour rapprocher les soins primaires de leurs utilisateurs notamment par (i) la transformation des cases de santé en CSI, (ii) la construction et l'équipement de nouveaux CSI dans le respect de la carte sanitaire,
- de définir et de mettre en œuvre le Paquet des Services de Santé Essentiels (PSSE) à travers le cycle de vie pour répondre aux besoins de santé de la population en vue de la couverture sanitaire universelle. Ces PSSE seront mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé, de la communauté au niveau de référence tertiaire en fonction des normes nationales ;
- de définir des modèles des soins intégrés et améliorés par l'évolution de la technologie (télémédecine, informatisation du dossier médical et dispositif d'aide au diagnostic, à la prescription et à la dispensation, utilisation des drones pour approvisionner des zones inaccessibles, utilisation des SMS pour rappeler les rendez-vous médicaux, etc.) ;
- de renforcer la participation des individus et communautés dans la prise des décisions sur les questions de santé qui les concernent, mais aussi de renforcer leurs capacités dans les soins auto-administrés et dans l'administration et le suivi des soins aux membres de leurs communautés.

Amélioration de l'accessibilité à des structures offrant le paquet de soins complet

L'accélération des progrès vers la CSU et l'amélioration des indicateurs sanitaires du Niger se heurte au problème de la couverture sanitaire. La première exclusion est la distance supérieure à 5 kilomètres que doit parcourir 47% de la population pour accéder à un paquet de soins complets.

Un objectif prioritaire du PDSS est d'accroître la part de la population vivant à proximité d'une structure offrant un paquet complet de soins. En vue de maximiser l'efficacité

des moyens financiers disponible un travail de rationalisation des investissements sera engagé.

Le renforcement de la couverture sanitaire des CSI s'opèrera à trois niveaux :

- en assurant la fonctionnalité effective du paquet de soins complet par une mise à niveau des structures existantes à travers :
 - ✓ une mise à niveau des équipements médicaux et biomédicaux de ces structures, notamment dans la phase préparatoire des programmes de FBR et l'aménagement des conditions d'engagement des ressources issues du recouvrement des coûts (contribution des usagers et transferts dans le cadre de la gratuité),
 - ✓ la mise en œuvre de paquets de services de base intégrés (eau, électricité, connexion, chaîne du froid...) sur le modèle des micro-utilities. Le déploiement de ces unités sera opéré en fonction des besoins en priorisant les structures périphériques et qui rencontrent des difficultés de rétention du personnel.
- en améliorant l'entretien et la réparation du parc logistique et biomédical, grâce au recrutement, à la formation et à la mobilisation de moyens pour les OPM.
- en améliorant la couverture sanitaire via la transformation de CS en CSI. La priorisation des transformations s'opèrera sur la base des régions disposant de la plus faible couverture et de manière progressive en ciblant les structures à fort bassin de population. Les plans de structures seront revus pour réduire le coût du passage d'une Case de Santé à un CSI. Sera adoptée une approche modulaire permettant de déployer un type de structure (CSI1 ou CSI2) en fonction du bassin de population et de son évolution.

Amélioration de la disponibilité et de la continuité des services de base, y compris préventifs, au point de contact

La revitalisation des soins de santé primaires mettra un accent particulier sur le renforcement des services de vaccination, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et celle des maladies non transmissibles dont la prévalence est en augmentation dans le pays.

L'offre de services sera repensée autour des paquets des services de santé essentiels selon le cycle de vie.

Le cadre de suivi et évaluation des soins de santé primaires récemment publié par l'OMS sera adapté aux spécificités de l'épidémiologie du Niger pour établir les données de base sur les SSP (Baseline), identifier les gaps et développer une feuille de route pour la mise en œuvre du nouveau concept des soins de santé primaires en vue d'accélérer l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle et les autres cibles de l'ODD3. Cette évaluation sera complétée par celle relative à la fonctionnalité des DS dont le renforcement est nécessaire à la mise en œuvre des SSP au niveau local et qui sera monitorée avec la mise en place d'un tableau de bord analysant leur degré de fonctionnalité et leurs performances.

En ce qui concerne la santé de la mère, ceci inclut l'amélioration de la qualité, mais aussi l'extension de la couverture (y compris géographique) des interventions à haut

impact (SONU, SONNE, SENN, SPN...), en vue d'infléchir rapidement la courbe de la mortalité maternelle. L'institutionnalisation de la Surveillance des Décès Maternels Périnataux et Riposte (SDMPR) à travers la notification obligatoire de tous les décès au niveau des structures de santé et communautaire et la conduite systématique des audits cliniques et autopsies verbales, sera renforcée.

En ce qui concerne la santé infantile, les approches intégrées organisées autour de la PCIME seront poursuivies, en accentuant autant que possible l'offre de soins au point de contact pour l'enfant mais aussi son accompagnant. Un accent particulier sera mis sur la période néonatale.

Les progrès réalisés par le Niger dans la lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, VIH/Hépatite, TB, etc.) sont encore fragiles et nécessitent d'être renforcés par le dépistage, la prise en charge et la surveillance épidémiologique. Il est en outre important d'améliorer l'efficacité de la lutte contre les maladies transmissibles en renforçant l'intégration. Ceci va nécessiter une mobilisation des ressources domestiques allouées à la lutte contre ces maladies. L'action multisectorielle en amont, pour réduire les facteurs de risque devra être renforcée. La lutte contre les maladies tropicales négligées sera également accentuée. Elle permettra notamment de parachever l'élimination de l'onchocercose, la filariose lymphatique, la lèpre et le trachome.

Etant donné la prévalence croissante des facteurs de risque des maladies non transmissibles tel que le diabète, l'hypertension artérielle, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, etc., un accent sera mis sur la promotion de la santé dans toutes les politiques pour que la population adopte des comportements favorables à la santé en vue d'inverser la tendance observée. Les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles seront renforcés et leurs activités intégrées dans les paquets des services de santé essentiels qui seront offerts à tous les niveaux du système de santé. Il s'agira ainsi notamment de renforcer les capacités des structures sanitaires pour le dépistage, la prise en charge et la surveillance des maladies non transmissibles. Le programme de santé mentale sera également renforcé. Face à l'ampleur du phénomène de la toxicomanie il est nécessaire que soit ouvert au moins au niveau de chaque région une unité de désintoxication et de réinsertion des jeunes. Aussi il est nécessaire que des techniciens en santé mentale soient recrutés et affectés au niveau des HD.

Le Direction des Immunisations devra être renforcée pour assurer la disponibilité des intrants (vaccins, etc.), la chaîne de froid, formation du personnel, renforcement des stratégies fixes, mobiles et avancées, centrées sur le rattrapage des enfants zéro doses et insuffisamment vaccinés tenant compte de principe d'équité. Pour que tous les districts sanitaires atteignent l'objectif de 90% de couverture au Pentavalent 3, mais aussi pour que les services de vaccination soient en permanence disponibles auprès des populations d'accès difficile (population nomades, zones en insécurité, zones désertiques et populations péri-urbaines). Des approches alternatives seront déployées dans ces contextes (intégration de la vaccination dans les cliniques mobiles, approche intégrée vaccination humaine et animale...). L'introduction de nouveaux vaccins sera effective avec adaptation du calendrier vaccinal en conséquence.

Les ressources financières domestiques allouées à la vaccination seront renforcées pour d'une part améliorer la disponibilité des vaccins et matériels d'injection, prendre en compte les coûts opérationnels des activités vaccinales, et, d'autre part assurer la pérennisation des financements.

L'offre de services au point de contact sera repensée en vue de maximiser l'offre de soins dans les structures (intégration de l'offre de PF et systématisation du contrôle du statut vaccinal et nutritionnel des clients et accompagnants à tous les points de contact).

L'offre de soins, projetée à travers les stratégies foraines et avancées mais aussi les campagnes de masse, sera repensée en vue de maximiser l'offre de services au point de contact (CNS, CPNR en avancée, Tester et traiter dans le cadre des campagnes CPS...).

Ces réformes en plus d'améliorer les performances du système contribueront à renforcer l'efficacité.

Ces stratégies hors des murs s'appuieront de manière accrue sur les relais communautaires pour renforcer leur rôle de relais des structures sanitaires (DBC de la CPS, relais des traitements de prise en charge de la malnutrition par les RCom offrant le paquet de soins complets...) et renforcer le lien de ceux-ci avec les structures tout en favorisant leur supervision.

D'un point de vue plus spécifique, les grandes évolutions de la prise en charge par pathologie attendues sur la durée du PDSS sont :

- en matière de prise en charge de la malnutrition aigüe : la poursuite de la prise en charge avec des axes de travail clef sur la simplification des protocoles, la décentralisation de la prise en charge, notamment vers les CS,
- dans la lutte contre le paludisme :
 - ✓ en matière de prévention, poursuite de la stratégie CPS et évolution du nombre de rounds de distribution, introduction des nouveaux vaccins, poursuite des distributions de MILDA, en privilégiant des approches combinées de ces activités,
 - ✓ en matière de prise en charge il s'agira d'assurer une disponibilité permanente en médicaments et produits de prise en charge des cas tout en maintenant l'effort du renforcement de la formation continue des prestataires.

La précocité de la prise en charge des pathologies de l'enfant, la recherche des perdus de vue des programmes de prise en charge et de vaccination, l'offre de proximité de services de PF ainsi que la diffusion des messages d'information et d'éducation à la santé déployée au niveau des structures sanitaires sont relayées par réseau de relais communautaires.

Cette stratégie s'est déployée rapidement. Elle dispose d'un fort potentiel mais fait face à des défis importants (motivation des RCom, approvisionnement en produits de santé, supervision, suivi des activités dans le cadre du DHIS2...). Ces défis sont en partie solutionnés par les réformes qui seront initiées dans le cadre du PDSS (chaîne unique

d'approvisionnement, renforcement des RHS des structures de santé, dématérialisation des données...). Le MSP/P/AS travaillera en partenariat avec le Ministère de Développement Communautaire pour mutualiser les efforts.

Avant de passer à une nouvelle phase d'extension du réseau des RCom un travail de consolidation de l'existant doit être engagé. La première phase du PDSS doit notamment conduire à ce que l'ensemble des RCom offre le paquet intégré de soins. Le déploiement d'une plateforme digitalisée synthétisant leurs activités et facilitant le suivi de leurs performances sont des prérequis qui permettront d'améliorer le pilotage de la stratégie dans la phase suivante.

Amélioration de la continuité des soins et de l'accès à des soins de référence

L'articulation des soins de santé de proximité et du niveau de référence constitue une autre priorité. La fonctionnalité des HD et des systèmes de référence/contre référence et d'évacuation sanitaire constituent des défis centraux pour assurer la continuité des soins de santé primaire.

Les hôpitaux des Districts Sanitaires qui n'en disposent pas seront dotés des blocs opératoires fonctionnels et leur personnel formé pour leur permettre d'assurer les soins chirurgicaux, obstétricaux et anesthésiques de base. Les districts isolés identifiés prioritaires par la carte sanitaire (éloignés d'autres structures hospitalières, ou non desservies par un axe routier) seront prioritaires.

Dans le cas des centres urbains qui bénéficient de structures tels que CHR ou CSME avec un bloc chirurgical, les logiques d'intégration des services de première et seconde référence seront privilégiées pour éviter une multiplication des structures et des coûts afférents.

Une analyse de pertinence et de faisabilité, et le déploiement d'éventuels pilotes, pour évaluer la pertinence et la faisabilité de structures de santé médicalisées (CSI de type 2), bénéficiant d'un médecin, d'une salle d'observation/hospitalisation de courte durée et de moyens d'examen complémentaires, ainsi que d'une ambulance) au niveau des chefs lieu de commune seront conduites. Elles pourraient constituer une innovation importante de tri et de prise en charge de proximité.

Le renforcement de la fonctionnalité des structures de référence intermédiaire (centre de santé médicalisé), de première et de seconde référence soulignera les enjeux de la référence-contre référence. Cette fonction clef en matière de suivi des patients comme de renforcement continu des capacités de structures périphériques sera renforcée au cours du PDSS. Les bonnes pratiques déployées dans certaines structures du pays seront mises à l'échelle, notamment autour de groupes WhatsApp, articulant structure de référence et de niveau inférieur, favorisent des retours quasi-en temps réel, permettent des interactions avec les médecins des structures de référence et des logiques de formation continue, ainsi que des logiques d'émulation entre structures. En mettant en place des réseaux de soins et de formation, ces solutions à bas coût constituent des réponses intéressantes aux limites des systèmes de contre références sur papier. Elles devront être documentées, perfectionnées et diffusées de manière systématique au cours du PDSS.

Dans la plupart des districts, le système d'évacuation sanitaire entre les niveaux périphériques et de référence (HD/CHR et CSME) repose largement sur des systèmes d'ambulances financés par des « centimes additionnels », mobilisés sur le paiement des usagers payants (hors gratuité). Ce modèle de financement s'il permet, de la même façon que les forfait à l'épisode maladie, de mutualiser les risques et d'éviter des dépenses exceptionnelles pour les ménages en cas de complication nécessitant une évacuation, n'est que rarement à l'équilibre. Il ne permet pas de prendre en charge l'intégralité des coûts des évacuations (un reste à charge parfois important reste à payer par le patient) et toutes les évacuations ne sont pas assurées (les évacuations de certaines catégories de patients seulement sont parfois prises en charge).

Ce système est pertinent mais devra être perfectionné au cours du PDSS. Les bonnes pratiques déployées dans certains DS, notamment la mobilisation de financements communaux pour l'entretien et la réparation des véhicules, la mobilisation de notables pour l'achat de véhicules ou le paiement des chauffeurs, la levée de contributions villageoises au moment des récoltes... devront être capitalisées. Ces stratégies contribueront à l'amélioration de l'équilibre financier des systèmes d'évacuation sanitaires basés sur les centimes additionnels. Un complément de financement devra être mobilisé élargissant les patients contributeurs, notamment en intégrant une contribution au système de centime additionnel dans les forfaits réévalués qui seront payés par l'INAM.

b) Le renforcement des plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux

Une priorité du PDSS sera la définition d'une stratégie nationale hospitalière claire qui sera basée sur la complémentarité entre les hôpitaux, la mise en place des pôles d'excellence et la mutualisation des efforts. Les plateaux techniques des formations sanitaires seront renforcés à tous les niveaux du système de santé pour leur permettre d'assurer leurs fonctions notamment en ce qui concerne l'offre des soins de santé de référence et la formation du personnel de santé.

Amélioration de l'offre des soins et services de santé de référence secondaire et tertiaire.

La technologie de l'information et de la communication telle que l'utilisation du dossier médical informatisé sera mise à profit pour améliorer la référence et la contre-référence. La télémédecine sera utilisée pour faire bénéficier aux usagers de l'expertise qui n'est pas toujours disponibles dans leur milieu de vie, mais aussi pour renforcer les compétences locales.

Concernant les infrastructures sanitaires, sociales et les équipements, il s'agira de mettre en œuvre le plan stratégique de maintenance. Celui-ci s'appuiera sur une contractualisation pour l'entretien qui inclura un devoir de transfert de compétences des prestataires contractés aux OPM et la formation à la maintenance préventive et curative par les techniciens utilisateurs en vue de prolonger la durée de vie de ces appareils.

Le financement des structures de troisième référence sera renforcé par le versement des fonds d'évacuations hors du pays qui ont été économisés grâce à leur existence.

c) Amélioration de la qualité des soins et services de santé et sociaux .

La qualité des soins fera l'objet d'une attention particulière. Une stratégie nationale de la qualité des soins sera élaborée et mise en œuvre pour s'assurer que les soins et services de santé et sociaux offerts sont de qualité à tous les niveaux du système de santé. Le programme d'accréditation des formations sanitaires sera mis en place pour inciter les formations sanitaires à plus d'efforts en vue d'améliorer la qualité des soins.

En effet, les établissements de santé du Niger souffrent d'insuffisances notoires des conditions d'accès aux services d'eau Potable, d'hygiène et d'assainissement. Ces insuffisances au niveau de ces services essentiels de base influent défavorablement sur l'hygiène de l'environnement en milieu de soins et sont de nature à compromettre la qualité des soins et services en raison des risques accrus d'infections associées aux soins. Ces risques peuvent non seulement affecter les patients, les accompagnants, mais aussi le personnel soignant et la communauté.

Afin de fournir des soins de qualité et de réduire les risques d'infection en milieu de soins, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales avec l'appui de ses partenaires développe l'approche Wash-fit qui permet de renforcer les capacités des établissements de santé pour assurer les services d'eau, d'hygiène et d'assainissement sûrs, efficaces et équitables.

Malgré ces interventions, les besoins pour lutter contre les infections nosocomiales restent encore énormes.

Pour renforcer l'offre et la qualité des soins, un accent particulier sera mis également sur les autres piliers du système tels que les ressources humaines pour la santé (RHS), les médicaments et intrants spécifiques, le financement de la santé notamment en mettant en places des modalités de financement qui soutiennent l'amélioration de la qualité des soins.

S'agissant des RHS, les principales actions suivantes seront entreprises : (i) renforcement de la production du personnel de santé et utilisation (recrutement du personnel disponible) pour réduire l'écart entre la densité du personnel de santé et les besoins estimés pour améliorer les chances du pays à avancer vers la couverture sanitaire universelle ; de la gestion du personnel, il faut : (i) doter des structures du MSP/P/AS de personnel en quantité et en qualité, (ii) mettre à la disposition des structures sanitaires du personnel de santé en qualité et en quantité suffisante, notamment par l'amélioration de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences et le renforcement de la formation de base et en cours d'emploi, (iii) renforcer l'amélioration de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences et (iv) améliorer la qualité des formations initiale et continue. Une répartition équitable des RHS entre le milieu urbain et rural est nécessaire pour accélérer les progrès vers la CSU. Elle passe par la fidélisation des agents aux postes où ils sont affectés à travers la régionalisation des postes budgétaires. La contractualisation

Pour pallier aux carences observées en matière la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, réactifs, du sang et dérivés et consommables médicaux de qualité, l'Etat veillera à mettre en place une chaîne unique d'approvisionnement en produits de santé à usage humain de qualité qui aura pour rôle d'intégrer les différents systèmes publics

d'approvisionnement et concourir à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national d'approvisionnement à travers (i) la coordination de toutes les interventions des différents partenaires de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé à usage humain (Etat, ONPPC, partenaires techniques et financiers et ONG de santé); (ii) le stockage, la gestion et la distribution des produits de santé à usage humain issus des subventions de l'Etat, des partenaires et des dons au profit des populations du niveau central jusqu'au dernier kilomètre.

La coordination de toutes les interventions de la chaîne unique sera assurée par la DPH/MT tandis que l'ONPPC assurera l'achat, le stockage, la gestion et la distribution des produits de santé à usage humain du niveau central jusqu'au dernier kilomètre. Parmi les autres actions prioritaires, on peut mentionner (i) le renforcement de la gouvernance du secteur pharmaceutique (cadre juridiques et institutionnel, (iii) la création de l'agence de régulation de médicaments, la charte des dons et legs, la stratégie de lutte contre le marché illicite des médicaments et autres produits de Qualité Inférieure Falsifiés (QIF)), (iii) le renforcement de la chaîne d'approvisionnement (SIGL, logistique, renforcement de capacité des RH et des structures de stockage, mise en échelle du dernier kilomètre ; institutionnaliser la chaîne unique d'approvisionnement), (iv) la promotion des médicaments traditionnels améliorés dans le système de soins de santé et, (v) la promotion et le développement industriel pharmaceutique (élaboration des Stratégie, renforcement de la production locale de médicaments et autres produits de santé).

Les capacités du LANSPEX seront renforcées pour améliorer ses performances relatives à l'assurance qualité des aliments, des médicaments et autres produits de santé. A cela, il faut ajouter la réalisation de l'accréditation ISO/CEI 17025 et/ou la pré qualification OMS des laboratoires, l'homologation des produits de santé, la conduite des activités de la pharmacovigilance et le renforcement de l'inspection du secteur pharmaceutique.

En ce qui concerne la qualité de soins prestés, au-delà des enjeux de qualité des infrastructures et des équipements, des RHS et des produits de santé, sera relancée l'approche d'assurance qualité. Cette démarche servira de catalyseur de changements et d'articulation, en mobilisant les acquis des approches de collaboratifs d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins et l'approche IAC et RRI développées au cours du dernier PDS.

L'amélioration de la qualité des soins passera également par le déploiement d'outils intégrés et dématérialisés d'aide au diagnostic, à la prescription et à la gestion des stocks, interopérables avec le DHIS2. Seront notamment étudiés le déploiement d'outils tel que le Diagnostic Approche dont un test pilote pourra être conduit au Niger.

Ces stratégies et outils viendront améliorer les performances des services et concourront aux logiques d'achat stratégique.

Une démarche de contractualisation et d'accréditation des formations, sanitaires et de formation, viendra entériner l'orientation sur la qualité et la performance.

d) Renforcement de la gestion des épidémies et autres urgences sanitaires

La revitalisation des Soins de Santé Primaires permettra de renforcer la résilience du système de santé dont les faiblesses ont été mises à nu encore une fois par la pandémie de COVID-19. i) L'extension de la couverture sanitaire, ii) le renforcement des capacités des ressources humaines et logistiques pour la santé, iii) l'approvisionnement en médicaments essentiels de qualité, iv) le renforcement des systèmes d'information sanitaire, v) le renforcement de la surveillance de la préparation et de riposte rapide, vi) le renforcement des capacités des laboratoires, vii) la mise en œuvre des fonctions de santé publiques, viii) le renforcement de la sécurité sanitaire et ix) le renforcement de l'engagement communautaire, permettront de renforcer la résilience de l'ensemble du système de santé. Ceci permettra au pays de mieux faire face aux prochaines urgences sanitaires et donc d'assurer la continuité des services de santé en toutes circonstances.

Cette approche basée sur le renforcement des systèmes de santé sera doublée d'un appui aux équipes d'investigation et de riposte mobilisant des compétences ainsi que par la mise en place de lignes de financement décentralisées pour accélérer l'investigation et l'initiation rapide des réponses.

Concernant l'amélioration de la gestion des urgences médico-chirurgicales, le PDSS engagera un travail important de renforcement du dispositif de gestion des urgences, par des actions qui consisteront à :

- renforcer la capacité d'accueil et de prise en charge des urgences conformément aux normes des services de réanimation et la décentralisation du SAMU ;
- définir et mettre en œuvre des stratégies, normes et protocoles harmonisés et mettre en place un système de coordination/collaboration à tous les niveaux (régional et national) ;
- former et déployer des RH en qualité et en quantité ;
- mettre en place un système efficace et coordonné de régulation des urgences dans les hôpitaux/maternités,
- mettre en place de stratégies de gestion des urgences au niveau communautaire ;
- suivre et évaluer les performances des services des urgences ;
- renforcer la collaboration avec les autres secteurs (Sapeurs-Pompiers et secteur privé) pour la gestion des urgences et catastrophes.

TABLEAU N° 10: EVOLUTION ATTENDUE DES RESULTATS DU PROGRAMME DE L'OFFRE ET DE LA QUALITE DES SOINS AU COURS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDSS

Amélioration de l'offre et de la qualité des prestations sanitaires et sociales de qualité								
Stratégies d'intervention	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2022	2023	2024	2025	2026
Revitalisation des Soins de Santé Primaires	La couverture sanitaire nationale est améliorée	Couverture sanitaire	53,2%	55,28%	57,35%	59,42%	61,49%	63,56%
	Les FOSA de tous les niveaux du système de santé mettent en œuvre les PSSE	% des formations sanitaires de tous les niveaux qui mettent en œuvre les PSSE	ND	20%	40%	60%	80%	100%
	Les hôpitaux des DS disposent des blocs opératoires fonctionnels	Nombre des Hôpitaux des DS qui disposent des blocs opératoires fonctionnels	34	35	37	39	41	43
	La fonctionnalité des DS est améliorée	Nombre des DS fonctionnels conformément aux normes nationales	34	38	45	55	65	75
	La lutte contre les maladies transmissibles est renforcée	% des formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé qui offrent les PSSE qui intègrent les interventions de lutte contre les MNT	ND	10%	40%	60%	80%	100%
	La lutte contre les maladies non transmissibles est renforcée	% des FOSA à tous les niveaux du système de santé qui offrent les PSSE qui intègrent les interventions de lutte contre les MNT	ND	50%	70%	80%	100%	100%
	Les services de vaccination sont renforcés	Tous les Districts Sanitaires enregistrent des couvertures au Pentavalent supérieure à 80%	57%	60%	70%	80%	90%	100%
	La santé maternelle et néonatale est renforcée	% des femmes enceintes qui bénéficient d'une CPN4	34,41%	50%	60%	80%	90%	95%
Renforcement des plateaux techniques des hôpitaux à tous les niveaux	Les plateaux techniques des FOSA de référence secondaire et tertiaire sont renforcés conformément aux normes nationales	Nombre des FOSA de référence secondaire et tertiaire dont les plateaux techniques ont été renforcés conformément aux normes nationales	ND	+10%	+20%	+30%	+40%	+50%
Amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé	Les services de santé de qualité sont offerts à tous les niveaux du système de santé	% des FOSA qui ont mis en place des procédures pour améliorer la qualité des soins	ND	10%	40%	60%	80%	100%

7.2.2.3 PROGRAMME 3 : Renforcement de la protection sanitaire et sociale des groupes vulnérables

Cet axe stratégique vise à accroître la demande et à réduire les inégalités dans l'accès aux services de santé et sociaux de qualité pour ne laisser personne pour compte. Ce programme contribue à la réalisation du principe d'équité et de non-discrimination dans l'accès aux services publics.

Pour contribuer à l'accélération des progrès vers la CSU les stratégies d'intervention suivantes seront mises en œuvre :

- (i) réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux ;
- (ii) réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux ;
- (iii) promotion des droits des groupes vulnérables aux services de santé et sociaux ;
- (iv) amélioration de l'autonomisation des groupes vulnérables

Le programme 3 sera porteur d'une réforme clef : **l'opérationnalisation de l'INAM** et notamment l'effectivité d'une approche d'achat stratégique pour les prestations de la gratuité, dont le périmètre devra **intégrer les besoins des groupes vulnérables**.

a) Réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux.

Des actions pour la mobilisation sociale et de sensibilisation des populations seront entreprises pour réduire les barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé. Les outils de sensibilisation traditionnels seront mobilisés et complétés par des séries de campagnes publiques multimédias sur les axes prioritaires du PDSS. Seront ainsi mobilisés de manière synchrone les médias de masse, campagne d'affichage, les nouvelles technologies de la communication, les leaders communautaires (chefs traditionnels, chefs religieux), les agents de santé communautaires, COSAN, mairies... Ces campagnes initiées au niveau national seront déclinées au niveau local en application du principe de subsidiarité et d'adaptation continue aux réalités contextuelles.

Les campagnes viseront les objectifs prioritaires du PDSS et seront notamment mises à profit pour diffuser des messages sur les comportements sains et pour contribuer à l'amélioration de la demande des services de santé et sociaux de base.

De manière symétrique, les approches de collaboratifs d'Assurance Qualité et d'identification, validation et diffusion des bonnes pratiques prêteront une attention particulière aux stratégies et pratiques favorisant la promotion des messages/comportements de sensibilisation et techniques d'accueil et de promotion des services les plus pertinentes développées au sein des formations sanitaires. Ces pratiques seront capitalisées et portées à l'échelle.

Les organisations à base communautaires joueront un rôle important dans l'accompagnement des populations en ce qui concerne la réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux de base. Cet appui et cet

encadrement se feront à travers la communication pour le changement des comportements à travers le développement et la mise en œuvre des plans intégrés de communication à tous les niveaux, la mobilisation et l'organisation des communautés en structures de masse. Les interventions attendues ciblent l'augmentation de la demande des services de santé et sociaux de base, la promotion de la santé pour l'adoption des comportements favorables à la santé tels qu'une alimentation saine, la pratique de sport, etc. Elles contribueront efficacement à la mise en œuvre du monitoring des activités communautaires dans un souci de redevabilité.

b) La réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux et la mise en place / promotion des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à la maladie

Dans la perspective de la CSU, l'assurance maladie universelle constitue un objectif et un accélérateur décisif. Elle devra être, à terme, obligatoire, concerner les secteurs formels (publics et privés) et le secteur informel et reposer sur des contributions prélevées à la source pour les secteurs formels. La cotisation des agents du secteur informel se fera à travers une obligation « intelligente » par des incitations en rapport avec les services publics que fréquentent ou dont ont besoin les populations. Elle permettra ainsi de couvrir progressivement les populations qui seraient soumises à des cotisations que l'Etat ne manquera pas de subventionner.

A terme, l'assistance médicale sera ciblée, pour permettre au gouvernement de ne prendre en charge que les ménages les plus pauvres pour les protéger contre les risques financiers liés à la maladie, pour ne laisser personne pour compte. Le gouvernement payera ainsi la contribution en lieu et place de tous les ménages qui ne sont pas en mesure de payer leurs contributions à l'assurance. Des mécanismes de financement innovants pourront être mis en place en cas de besoin pour mobiliser les fonds nécessaires. Le ciblage des bénéficiaires de l'assistance médicale est de ce fait indispensable, pour garantir la durabilité financière du système. Pour se faire il sera mis en place un registre unique des indigents avec la participation des collectivités locales où vivent les groupes vulnérables. Ce registre unique sera actualisé régulièrement.

La mise en place des mécanismes d'assurance maladie quel que soit le régime, contributif ou assistanciel tel que décrit plus haut, passe par une réforme de la politique de gratuité notamment la mise en place de l'INAM. Cette réforme permettra de faire passer la politique de gratuité d'un achat passif à un achat stratégique. Les gratuités assurées dans un premier temps seront celles définies en 2006 (soins des moins de 5 ans, CPN, PF, césarienne, Cancers féminins). Ces gratuités seront progressivement complétées par d'autres services déjà gratuits (vaccination, prise en charge de la malnutrition, traitement du VIH, de la TB...)

Cette extension du périmètre des soins gratuits devra être conditionnée à une révision des ménages éligibles et ne concernera à terme (sauf soins préventifs) que les groupes vulnérables, les autres ménages étant orientés vers des régimes assurance contributifs qui pourront être subventionnés en fonction de la capacité de l'adhérent à payer sa cotisation. Cette évolution contribuera à améliorer la soutenabilité et la viabilité des mécanismes assurantiels dans l'ensemble (contributif et assistance).

Le panier des soins sera défini pour les assurés. Il sera le même pour les bénéficiaires de l'assistance médicale pour garantir l'équité qui est au centre de la couverture sanitaire universelle. Des études actuarielles seront menées pour en définir le coût, les modalités et les sources de son financement, fixer le tarif des actes et la hauteur de la contribution de chaque adhérent de l'assurance maladie.

Le panier des soins est à différencier du paquet des services de santé essentiel. Il est un ensemble des services et soins de santé dont bénéficient les adhérents à une assurance maladie. Il est donc fonction des ressources disponibles au niveau de la caisse d'assurance maladie. Le PSSE est un ensemble des services et soins de santé nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. Il est attendu qu'au fur et à mesure de la croissance économique et que les ressources disponibles pour le secteur de la santé augmentent, que le panier des soins puisse évoluer pour avoir le même contenu que le PSSE.

Au cours du PDSS, les stratégies et actions clefs prioritaires suivantes seront engagées :

- apurement des arriérés de la gratuité,
- recapitalisation des fonds de roulement des formations sanitaires en médicaments
- l'opérationnalisation de l'INAM aux différents niveaux (central et décentralisé),
- la définition des modalités de fonctionnement et des procédures de mise en œuvre des fonctions clefs de l'achat stratégique et de l'articulation au sein de l'INAM des approches de gratuité, de FBR et d'assurance,
- le conventionnement des structures,
- la révision des tarifs de recouvrement des coûts et donc des montants des forfaits à l'épisode maladie que l'INAM devra rembourser,
- la mobilisation de l'Etat et des PTF pour financer la convention d'objectifs, performance et de moyens (COPM) de l'INAM,
- des pilotes sur la mise en place de régimes d'assurance maladie départementale et régionale dont les structures ont été mises à niveau et revitalisées.

Ces objectifs devraient conduire au terme du PDSS au passage de l'INAM (assistance) à un Institut National de Protection Sociale en Santé (INPSS) (assistanciel et assuranciel), c'est-à-dire à l'émergence d'une structure unique de gestion de la protection sociale en santé.

c) Promotion des droits des groupes vulnérables

Cette intervention vise à améliorer les droits des groupes vulnérables, notamment leurs droits à l'accès aux services publics dont ceux du secteur de la santé et social. Il s'agira de mettre en œuvre les interventions suivantes :

- contribuer au renforcement la législation relative à la protection sociale,
- veiller à l'application de la réglementation sur le quota en matière d'emploi au sein du MSP/P/AS,
- renforcer la participation des groupes vulnérables dans les différents cadres de prise de décision,

- prendre en compte systématiquement les besoins spécifiques des groupes vulnérables dans les politiques, programmes et projets de développement,
- renforcer l'inclusion des personnes handicapées et
- renforcer les mécanismes de prise en charge sociale et sanitaire des groupes vulnérables dans les formations sanitaires et sociale publiques et privées.

Dans le cadre du PDSS, le MSP/P/AS appuiera et contribuera à la révision et mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale. Celle-ci s'opérera notamment via l'intégration des personnes inscrites sur le registre social unifié, des porteurs de carte de la solidarité et de la carte de l'égalité des chances (personnes handicapées) aux bénéficiaires de la gratuité des soins (INAM) ou, à terme, de subventions dans le cadre de l'adhésion aux régimes contributifs (INPSS). Un enjeu opérationnel sera ici celui de l'interopérabilité des bases de données de l'INAM, INPSS, le DHIS2 et le RSU.

Un second axe de travail sera de renforcer la place des usagers dans les instances de décision et de gouvernance aux différents niveaux, y inclus les représentants des associations et des personnes à besoins spécifiques.

d) Amélioration de l'autonomisation des groupes vulnérables

Dans le souci d'améliorer l'autonomisation des groupes vulnérables, il faut : (i) renforcer les centres socio-économiques pour personnes handicapées (ii) Créer des opportunités économiques aux groupes vulnérables.

TABLEAU N° 11: EVOLUTION ATTENDUE DES INDICATEURS DU PROGRAMME DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTE AU COURS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDSS

Evolution des résultats relatifs de la protection sociale en santé								
Stratégies intervention	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2022	2023	2024	2025	2026
Mise en place des programmes d'autonomisation des groupes vulnérables	Les projets/activités génératrices des revenus sont mis à la disposition des personnes vulnérables	% des personnes vulnérables devenues économiquement autonomes	ND	10%	20%	30%	40%	50%
Mise en place d'une assurance maladie universelle	L'assurance maladie universelle est mise en place à travers une assurance obligatoire pour tous	Taux couverture de l'assurance maladie	4%	5%	6%	11,5%	15%	20%
	Le paiement direct des services de santé est réduit	% du paiement direct sur la dépense courante de santé	47%	44%	43%	42%	41%	40%
Mise en place d'une assistance médicale	Les indigents et autres vulnérables ont accès aux services de santé et sociaux de qualité	Taux de couverture de l'assistance médicale	27%	27%	30%	33%	36%	40%

7.2.2.4. PROGRAMME 4 : Amélioration de la maîtrise de la fécondité

Concernant la question de la **maîtrise de la fécondité**, des stratégies suivantes seront mise en œuvre :

a) Renforcement des capacités des leaders d'opinion sur les questions de population

En ce qui concerne le renforcement de la capacité des leaders d'opinion sur les questions de population, il s'avère nécessaire de réaliser les actions ci-après :

(i) poursuivre des partenariats stratégiques avec les autres secteurs ministériels, les leaders d'opinion (chefs traditionnels, chefs religieux etc.) pour développer des actions de sensibilisation à l'endroit des différents acteurs sur les questions de population y compris le dividende démographique et (ii) développer davantage les outils de communication sur les questions de population y compris le dividende démographique (iii) renforcer la communication pour un changement social et comportemental en faveur d'une transition démographique.

b) Amélioration de la prise de conscience sur les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations

En vue d'améliorer la prise de conscience sur les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations, il faut : (i) renforcer la sensibilisation sur les pesanteurs socio-culturelles (ii) accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des hommes, des femmes et surtout des jeunes notamment les élèves et les étudiants, les adolescentes déscolarisées et non scolarisées pour renforcer l'utilisation des services PF.

c) Amélioration de l'offre et de l'accès aux services de PF

En ce qui concerne l'amélioration de l'offre et de l'accès au service de la planification familiale, des actions suivantes seront développées : i) augmenter la couverture en offre des services PF en développant des stratégies en foraines et en mobile, ii) renforcer les capacités opérationnelles des formations sanitaires en offre de planification familiale iii) renforcer les stratégies communautaires (la distribution à base communautaire, l'autosoin y compris le DMPA-SC...) et l'approvisionnement régulier en produits contraceptifs.

VIII. CHAÎNE DES RESULTATS, THEORIE DE CHANGEMENT ET CADRE LOGIQUE

8.1. Chaîne des résultats

La chaîne des résultats est un ensemble de résultats obtenus dans le temps et liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Ainsi, l'enchaînement des résultats est composé d'un résultat à long terme, quatre résultats à moyen terme et vingt trois résultats à court terme comme le montre le tableau suivant.

TABLEAU N° 12 : CHAINE DE RESULTATS

PRODUITS	EFFETS	IMPACTS	
<ul style="list-style-type: none"> • le cadre institutionnel est renforcé. • la coordination du système de santé est renforcée. • les mécanismes de régulation du secteur sont renforcés. • la communication institutionnelle est développée. • la multisectoralité est renforcée. • les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé sont développées. • la décentralisation et la déconcentration sont effectives. • la planification et le suivi-évaluation sont renforcés. • le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales est renforcé. • la gestion de l'information sanitaire est perfectionnée. • la gestion de la recherche est renforcée. • la dynamique communautaire dans la gestion des services de santé est développée. • les barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites. • les barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites. • la qualité des soins et services de santé et sociaux est améliorée. • les plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux sont renforcés. 	<p>(Effet) 1 : La population utilise régulièrement les services sanitaires et sociaux de qualité.</p>	<p>Le bien-être sanitaire et social des populations nigériennes est amélioré.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • les soins de santé primaires sont revitalisés 			<p>(Effet) 2 : Les populations sont moins exposées aux maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • la gestion des épidémies et autres urgences sanitaire est renforcée. 			
<ul style="list-style-type: none"> • les droits des groupes vulnérables sont promus. • l'Autonomisation des groupes vulnérables est renforcée. 			<p>(Effet) 3 : Les groupes vulnérables sont plus résilients.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • l'offre et de l'accès aux services de PF est améliorée. 			
<ul style="list-style-type: none"> • les capacités des leaders d'opinion sur les questions de population sont renforcées. • les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations sont pris en compte. 			<p>(Effet) 4 : Les populations nigériennes maîtrisent leur fécondité.</p>

8.2 Théorie de changement du PDSS

Pour parvenir aux résultats à tous les niveaux, la théorie de changement du PDSS 2022-2026 se présente ainsi qu'il suit :

Si...

Les RHS en quantité et qualité suffisantes et motivées sont disponibles dans les formations et équitablement réparties entre le milieu rural et urbain. Les médicaments et autres produits de santé sont disponibles dans les formations sanitaires et sans rupture des stocks. La couverture sanitaire est augmentée à 80% avec des centres de santé intégrés bien équipés. Le financement de la santé est augmenté et les ressources sont allouées de façon équitables à la fois pour renforcer l'offre et la demande des services de santé. Le système d'information sanitaire est performant et sert à la prise des décisions. La gouvernance en santé et pour la santé sont renforcées y compris la santé dans toutes les politique.

La stabilité socio politique et celle du cadre macroéconomique sont au rendez-vous. La population a accès à l'eau potable et un environnement salubre. Cette même population adhère aux actions du PDSS. Les ressources domestiques, celles du secteur et celles des PTF sont suffisamment mobilisées. Les partenaires sociaux continuent à soutenir le secteur. La préparation et ripostes aux urgences sanitaires et catastrophes est optimale. L'administration est moins politisée et les interventionnismes politiques dans la gestion du personnel sont réduites. Le favoritisme dans l'attribution des marchés est combattu. Les ressources humaines de qualité sont mises à disposition. La sécurité alimentaire est renforcée. La crise sécuritaire est circonscrite. La population est moins résistante vis-à-vis de certaines actions de santé. Le retard dans la libération des crédits est réduit. Les financements de tous les partenaires sont prévisibles. Les cerveaux et les compétences sont mobilisés. Les produits issus des écoles de formation sont de qualité.

Alors...

Le cadre institutionnel sera renforcé. La coordination du système de santé sera renforcée. Les mécanismes de régulation du secteur seront renforcés. La communication institutionnelle sera développée. La multisectorialité sera renforcée. La décentralisation et la déconcentration seront effectives. La planification et le suivi-évaluation seront renforcés. Le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales sera renforcé. Les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé seront développées. La gestion de l'information sanitaire sera perfectionnée. La gestion de la recherche sera renforcée. La dynamique communautaire dans la gestion des services de santé sera développée. La qualité des soins et services de santé et sociaux sera améliorée. Les plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux seront renforcés. Les soins de santé primaires seront revitalisés. La gestion du personnel sera perfectionnée. Les infrastructures et les équipements sanitaires et sociaux seront renforcés. Le sang et dérivés, médicaments, réactifs et consommables médicaux de qualité seront disponibles et accessibles. Les services de santé de la reproduction y compris la PF seront renforcés. La gestion des épidémies et autres urgences sanitaire sera renforcée. Les droits des groupes vulnérables seront promus. L'autonomisation des groupes vulnérables sera renforcée.

Les populations utiliseront régulièrement les services sanitaires et sociaux de qualité. Elles seront moins exposées aux maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition. La protection sanitaire et sociale de la population générale et

des groupes vulnérables et à besoins spécifiques en particulier sera renforcée. Les populations nigériennes maîtriseront leur fécondité.

Et enfin, le bien-être sanitaire et social des populations nigériennes sera amélioré.

8.3. Cadre logique

C'est un tableau synoptique qui présente la chaîne des résultats, les indicateurs de performance, les sources et moyens de vérification, les hypothèses et les risques. Il découle de l'analyse de la situation et facilite la mise en œuvre et le suivi évaluation du PDSS.

La Matrice du cadre logique axé sur les résultats est jointe en annexe n°9.

IX. BESOINS FINANCIERS DU PDSS

Le coût financier du PDSS 2022-2026 a été fait à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « Onehealth ». C'est un outil qui a été développé dans un élan d'unification des outils de planification et/ou de budgétisation mis en place pour les différents programmes de santé avec l'appui de différents Partenaires Techniques et Financiers, en particulier les agences des Nations Unies en fonction de leurs mandats respectifs.

L'avantage du choix de l'outil pour le Niger est la prise en compte de façon holistique de la santé dans le processus de budgétisation du plan. Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients incarne une méthode ascendante de calcul des coûts, en isolant d'abord les interventions définissant chaque activité, puis en identifiant, en quantifiant et en calculant les intrants nécessaires pour la production de l'unité cible et en déterminant le coût unitaire moyen pour chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent également une partie des coûts du programme qui sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions qui ne sont pas directement liés au nombre de personnes recevant des soins comme la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, l'équipement, le plaidoyer et la communication, les masses médias et la sensibilisation.

Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes.

Le présent costing a tenu compte d'une analyse des déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation des services de santé par la population, de couverture adéquate et de couverture effective en vue de la réalisation des objectifs du PDSS du Niger, fixés pour la période 2022-2026.

9.1 Tendances et besoins financiers globaux du PDSS

L'estimation du coût global du PDSS 2022 à 2026 Niger s'élève à un montant **Mille cinq cent treize milliards soixante-trois millions huit cent soixante-six mille trois**

cent dix (1 513 063 866 310) F CFA soit environ 2 521 773 110 dollars US. Ce cout s'étale sur une période de cinq (05) ans.

La figure ci-dessous donne l'évolution annuelle du besoin de financement du PDSS 2022-2026 du Niger.

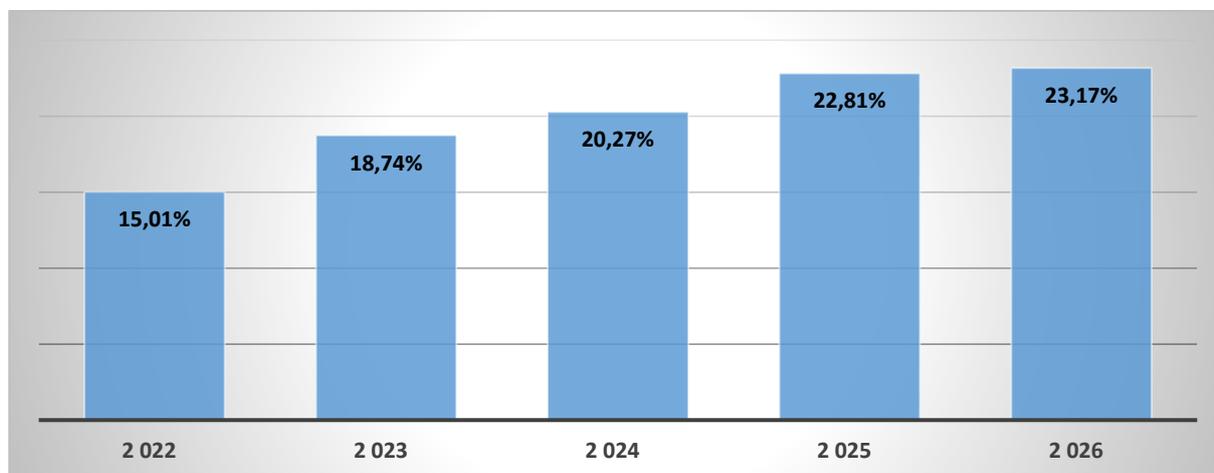


FIGURE 22: EVOLUTION PAR AN DES PREVISIONS BUDGETAIRES DU PDSS 2022-2026

La figure ci-dessus montre une évolution croissante (de 15,01% à 23,17%) du budget du 2022 à 2026 cela peut s'expliquer par la croissance du coût des intrants liés à l'augmentation des données de couverture pour l'ensemble des interventions.

9.1.1 *Le budget par axe stratégique du PDSS*

La figure ci-dessous montre la répartition du budget par axes stratégiques du PDSS.

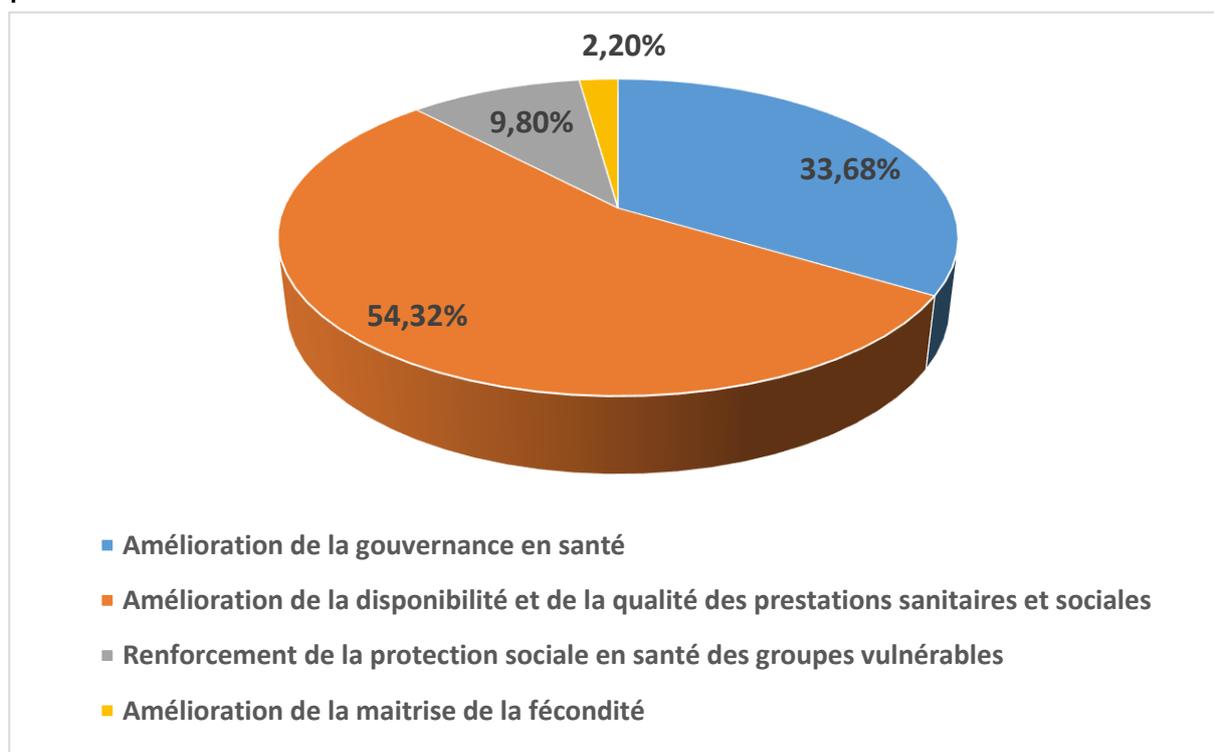


FIGURE 23: REPARTITION DU BUDGET PAR AXES STRATEGIQUES

La figure ci-dessus montre que l'axe stratégiques « **Amélioration de la disponibilité et de qualité des prestations sanitaires et sociales** » occupe plus de la moitié du budget soit 54,32% du budget global. Cet axe stratégique renferme une grande part des coûts relatifs aux intrants, aux ressources humaines, aux infrastructures /équipements et à la logistique. Puis suivent par ordre décroissant les axes stratégiques « Amélioration de la gouvernance en santé », « le renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables » et enfin l'amélioration de la maîtrise de fécondité » qui occupent respectivement 33,68% ; 9,80% et enfin 2,20% des parts de budget global.

9.1.2 La répartition du budget par programmes et sous programmes du PDSS

Le sous-programme budgétaire « 1.2.1 la revitalisation des soins de santé primaires » est celui qui absorbe le plus de ressources consacrées au PDSS avec un poids de 29,89% du budget global; suivi du sous-programme « 1.2.3 L'amélioration de la qualité des soins et services de santé et sociaux » avec un poids de 16,8% du coût total. Ces deux sous programmes du programme « Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales » ont un cumulé de 46,69% du cout total du plan.

TABEAU N° 13 : REPARTITION DU BUDGET PAR PROGRAMMES ET SOUS PROGRAMMES DU PDSS

SP	PROGRAMMES / SOUS PROGRAMMES (SP)	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	Total	Poids
	PROGRAMME 1	62 712 147 959	101 625 164 670	104 870 094 517	126 100 208 334	114 302 066 104	509 609 681 583	33,68%
1.1.1	<i>Renforcement du cadre institutionnel,</i>	12 347 164 288	13 599 560 777	13 336 513 592	14 360 013 131	15 182 283 500	68 825 535 288	4,55%
1.1.2	<i>Renforcement des mécanismes de régulation du secteur,</i>	3 982 954 110	5 366 927 565	4 217 391 915	4 245 752 674	4 028 532 160	21 841 558 424	1,44%
1.1.3	<i>Renforcement de la coordination du système de santé et de la redevabilité des acteurs</i>	5 859 537 511	7 019 195 344	7 577 036 000	7 595 665 093	7 871 014 204	35 922 448 152	2,37%
1.1.4	<i>Renforcement de la dynamique communautaire dans la gestion des services de santé,</i>	5 961 583 772	7 167 518 910	7 174 201 228	7 241 213 711	7 112 225 570	34 656 743 191	2,29%
1.1.5	<i>Développement des technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé</i>	2 754 590 453	2 835 436 329	3 415 419 734	3 565 254 089	3 661 583 176	16 232 283 780	1,07%
1.1.6	<i>Renforcement de la communication institutionnelle,</i>	7 638 906 551	11 670 433 652	10 329 814 842	10 370 325 165	10 307 374 918	50 316 855 128	3,33%
1.1.7	<i>Renforcement de la multisectorialité,</i>	2 455 466 020	2 527 532 740	3 044 535 020	3 178 098 674	3 263 967 265	14 469 599 719	0,96%
1.1.8	<i>Renforcement de la décentralisation et de la déconcentration</i>	4 301 210 177	35 539 467 726	39 485 483 492	59 427 655 397	44 317 414 097	183 071 230 889	12,10%
1.1.9	<i>Renforcement de la planification et du suivi-évaluation,</i>	8 024 103 403	6 235 791 456	4 649 428 679	3 980 585 147	6 083 493 056	28 973 401 742	1,91%
1.1.10	<i>Renforcement du système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales,</i>	3 470 185 238	3 572 033 469	4 302 686 496	4 491 445 216	4 612 798 927	20 449 149 346	1,35%
1.1.11	<i>Renforcement de la gestion de l'information sanitaire,</i>	2 648 383 925	2 739 853 011	3 288 437 590	3 430 160 294	3 521 274 369	15 628 109 189	1,03%
1.1.12	<i>Amélioration de la recherche en santé.</i>	3 268 062 510	3 351 413 693	4 049 145 929	4 214 039 742	4 340 104 862	19 222 766 736	1,27%
	PROGRAMME 2	134 953 428 778	149 503 454 003	164 499 501 801	179 116 507 127	193 807 690 367	821 880 582 076	54,32%
1.2.1	<i>La revitalisation des soins de santé primaires</i>	74 205 294 757	82 212 457 258	90 372 854 691	98 565 187 709	106 953 663 780	452 309 458 195	29,89%
1.2.2	<i>Le renforcement des plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux</i>	3 361 620 727	3 460 282 643	4 168 077 240	4 350 930 655	4 468 487 824	19 809 399 089	1,31%

SP	PROGRAMMES / SOUS PROGRAMMES (SP)	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	Total	Poids
1.2.3	L'amélioration de la qualité des soins et services de santé et sociaux	40 913 677 942	45 835 925 438	50 917 516 648	55 899 362 502	60 901 231 044	254 467 713 575	16,82%
1.2.4	L'amélioration de la gestion des épidémies et autres urgences sanitaires	16 472 835 351	17 994 788 663	19 041 053 223	20 301 026 261	21 484 307 719	95 294 011 217	6,30%
	PROGRAMME 3	23 894 918 154	26 523 681 395	30 336 040 299	32 683 839 548	34 909 410 284	148 347 889 681	9,80%
1.3.1	Promotion des droits des groupes vulnérables,	14 955 765 461	17 322 168 965	19 252 375 036	21 113 934 244	23 026 899 375	95 671 143 080	6,32%
1.3.2	Amélioration de l'autonomisation des groupes vulnérables.	3 546 463 177	3 650 550 128	4 397 263 597	4 590 171 411	4 714 192 591	20 898 640 904	1,38%
1.3.3	Réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux et la mise en place/promotion des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à la maladie	3 016 891 441	3 105 435 722	3 740 647 018	3 904 749 084	4 010 250 937	17 777 974 202	1,17%
1.3.4	Réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux	2 375 798 075	2 445 526 580	2 945 754 648	3 074 984 810	3 158 067 382	14 000 131 494	0,93%
	PROGRAMME 4	5 566 444 433	5 830 365 196	6 917 129 701	7 303 771 645	7 608 001 997	33 225 712 971	2,20%
1.4.1	Amélioration de l'offre et de l'accès aux services de PF	1 055 752 320	1 187 286 487	1 324 317 587	1 465 603 042	1 612 092 757	6 645 052 192	0,44%
1.4.2	Renforcement des capacités des leaders d'opinion sur les questions de population,	2 134 483 639	2 197 129 684	2 646 548 613	2 762 652 617	2 837 296 329	12 578 110 883	0,83%
1.4.3	Amélioration de la prise de conscience sur les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations.	2 376 208 473	2 445 949 024	2 946 263 501	3 075 515 987	3 158 612 911	14 002 549 896	0,93%
	Total	227 126 939 324	283 482 665 264	306 622 766 318	345 204 326 655	350 627 168 751	1 513 063 866 311	100,00%

9.1.3 La répartition du budget du PDSS par niveau du système de santé

La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 60,64% des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (Districts sanitaires), 13,60% vers le niveau intermédiaire et 25,76% du financement vers le niveau central. Le financement au niveau district prend en compte les activités des structures sanitaires et aussi la pratique communautaire.

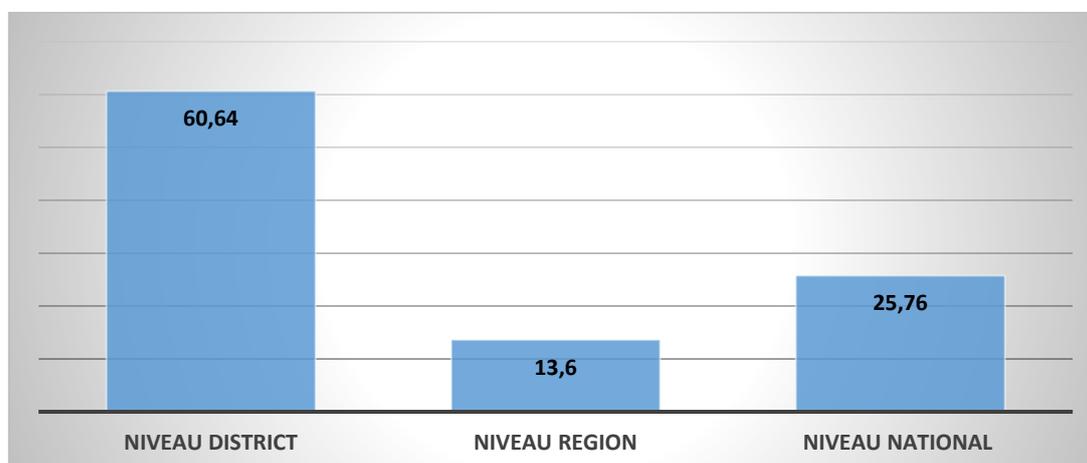


FIGURE 24: REPARTITION DU BUDGET PAR NIVEAU DU SYSTEME DE SANTE

9.1.4 Le budget par catégorie de dépense

La figure ci-dessous montre la répartition du coût du PDSS 2022-2026 du Niger par catégorie de dépenses. Les **coûts récurrents occupent 73,16% du budget total**, tandis que les **coûts en capital font 26,84%**. Il faut par ailleurs signaler que le budget du fonctionnement est subdivisé en **médicaments et fournitures occupant 29,32%**, en coût des salaires et autres avantages du personnel représentent 21,13%, et les **coûts administratifs de fonctionnement font 25,21%**. Pour ce qui est des investissements, les constructions occupent 12,56 % tandis que les **équipements et autres matériels occupent 11,78%**.

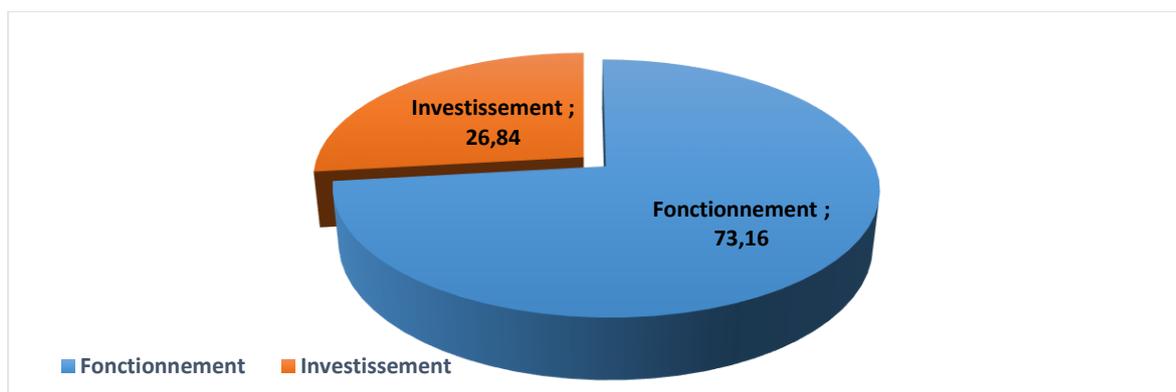


FIGURE 25: REPARTITION DU BUDGET PAR CATEGORIE DE DEPENSE

9.1.5 La répartition du budget par sources potentielles de financement

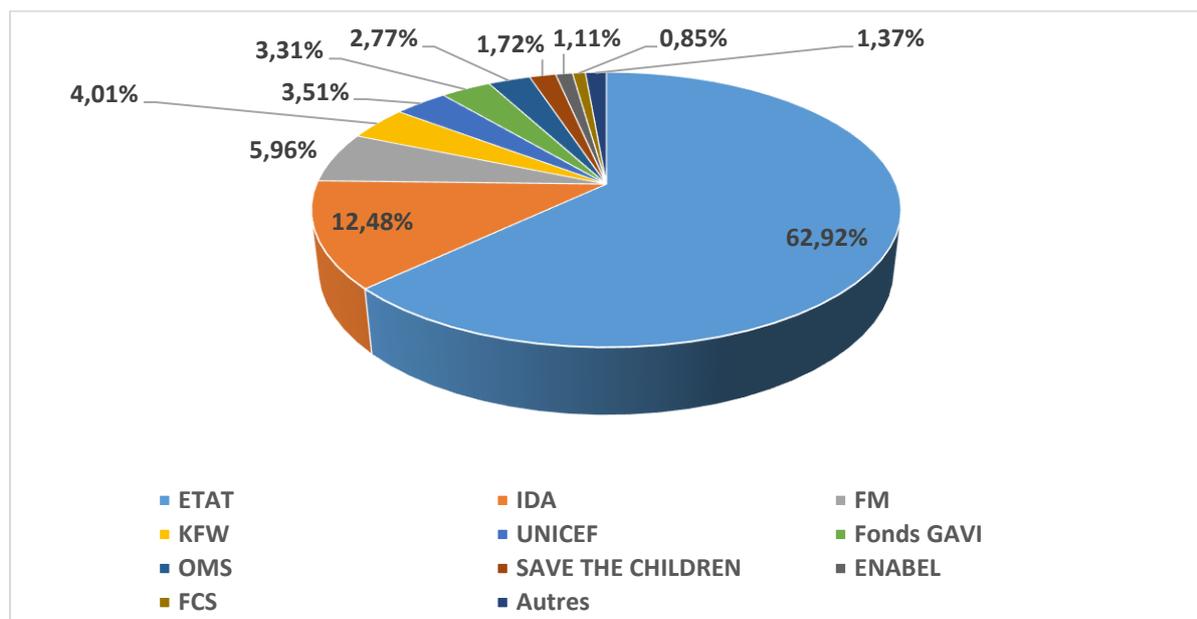


FIGURE 26: REPARTITION DU BUDGET PAR SOURCES POTENTIELLES DE FINANCEMENT.

La figure ci-dessous montre la répartition du budget par apport au poids contributifs des partenaires y compris l'état dans le domaine de la santé. L'État est le premier pourvoyeur de ressources dans le domaine de la santé. Avec une contribution estimée à 62,92% du coût total du PDSS. Les bailleurs qui suivent sont IDA, FM, KFW, UNICEF, GAVI, OMS etc.

9.1.6 L'analyse du gap de financement

Dans le cadre du scénario moyen, le budget nécessaire pour financer le PDSS 2022-2026 du Niger est estimé à 1 513 063 866 311 FCFA.

Les ressources disponibles, estimées sur la base des prévisions des partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays s'élève à environ 769 361 231 995 F CFA.

Il faut signaler que les annonces de la plupart des partenaires n'excèdent pas deux années. Les montants des dernières années ont donc été reconduits pour les années suivantes dans une hypothèse de conservation des acquis. La répartition du besoin de financement se présente comme suit.

TABEAU N° 14 : GAPS FINANCIERS DU PDSS

ANNEES	ANNONCES	COUT DU PDSS	GAP
2022	196 537 243 869	227 126 939 324	- 30 589 695 454
2023	175 758 571 221	283 482 665 264	- 107 724 094 043
2024	123 153 351 864	306 622 766 318	- 183 469 414 453
2025	125 911 362 729	345 204 326 655	- 219 292 963 925
2026	148 000 702 311	350 627 168 751	- 202 626 466 439
TOTAL	769 361 231 995	1 513 063 866 311	- 743 702 634 316

9.1.7 Les Scénarii de financement du PDSS

Les coûts prévisionnels de mise en œuvre du PDSS ont été estimés annuellement et présentés suivant les quatre (04) axes stratégiques tels que retenues dans le document. Les scénarii ont été construits selon la logique suivante.

Le scénario minimum : il repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l'ordre de 5 à 15 points sur les couvertures de base.

Le scénario moyen : il repose sur les couvertures attendues (cibles fixées) dans le processus d'estimation du coût du PDSS.

Le scénario maximum : il repose sur les projections plus optimistes que celle retenues dans le PDSS. En effet, les couvertures inférieures à 60% ont été portées à 60% tandis que celles comprises entre 60 et 79 % ont été projetées à 80% et enfin celles supérieures à 80% ont été portées à 100% pour être plus ambitieux.

De l'analyse des différents scénarii, le scénario minimum se plie aux contraintes conjoncturelles présentes. Quant au scénario moyen ou tendanciel, il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes. Le scénario maximum est le scénario idéal nécessitant plus de ressources. Ce dernier scénario est celui qui est souvent retenu lorsqu'il n'y a pas de problème de ressources dans le pays.

Le scénario moyen ou tendanciel est donc celui qui a été retenu pour le PDSS par ce que réaliste et réalisable moyennant un effort acceptable de mobilisation de ressources.

Les coûts liés aux différents scénarii se présentent dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU N° 15 : SCENARII DE FINANCEMENT DU PDSS

AXES STRATEGIQUES	Coût					TOTAL
	2022	2023	2024	2025	2026	
SCENARIO MINIMUM						
Amélioration de la gouvernance en santé	38 298 875 389	48 819 194 903	50 292 891 987	51 395 108 629	54 654 681 911	243 460 752 819
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales	160 287 911 165	166 839 566 919	174 053 825 806	180 449 813 273	188 560 678 671	870 191 795 834
Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables	17 093 413 178	18 897 127 572	21 921 315 946	23 382 782 468	24 683 085 098	105 977 724 262
Amélioration de la maîtrise de la fécondité	2 836 184 411	3 083 935 869	4 453 544 540	4 860 178 349	5 149 611 010	20 383 454 179
TOTAL	218 516 384 143	237 639 825 263	250 721 578 280	260 087 882 719	273 048 056 690	1 240 013 727 094
SCENARIO MOYEN						
Amélioration de la gouvernance en santé	62 712 147 959	101 625 164 670	104 870 094 517	126 100 208 334	114 302 066 104	509 609 681 583
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales	134 953 428 778	149 503 454 003	164 499 501 801	179 116 507 127	193 807 690 367	821 880 582 076
Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables	23 894 918 154	26 523 681 395	30 336 040 299	32 683 839 548	34 909 410 284	148 347 889 681
Amélioration de la maîtrise de la fécondité	5 566 444 433	5 830 365 196	6 917 129 701	7 303 771 645	7 608 001 997	33 225 712 971
TOTAL	227 126 939 324	283 482 665 264	306 622 766 318	345 204 326 655	350 627 168 751	1 513 063 866 311
SCENATION MAXIMUM						
Amélioration de la gouvernance en santé	62 172 550 634	100 848 055 145	103 800 267 406	124 768 423 122	112 703 248 269	504 292 544 575
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales	201 754 215 421	240 777 564 480	279 140 647 759	316 058 518 657	377 337 859 176	1 415 068 805 493
Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables	23 813 917 178	26 061 963 387	29 552 401 317	31 499 050 027	33 298 436 521	144 225 768 430
Amélioration de la maîtrise de la fécondité	7 192 882 000	7 473 599 747	8 877 816 512	9 320 463 739	9 646 936 356	42 511 698 355
TOTAL	294 933 565 233	375 161 182 759	421 371 132 994	481 646 455 545	532 986 480 322	2 106 098 816 854

9.2 Evaluation de l'impact

À partir des données de base et des projections des couvertures attendues, l'outil OneHealth permet de calculer les coûts liés aux objectifs des couvertures fixées et de projeter l'impact en termes de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Le tableau ci-dessous présentent les impacts sur le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité néonatale et enfin le taux mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans.

TABLEAU N° 16 : EVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE PAR SCENARII

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Ratio de mortalité maternelle (morts pour 100,000 naissances vivantes)						
MAXI	519,5	517,87	516,53	514,93	513,61	512,03
MOYEN	519,5	499,1	481,35	462,48	443,89	425,45
MINIMUM	519,5	502,81	479,37	450,55	418,9	362,13

TABLEAU N° 17 : EVOLUTION DE LA MORTALITE NEONATALE PAR SCENARII

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Taux de mortalité néonatale (morts pour 1 000 naissances)						
MAXI	43	42	36, 25	30, 5	24,75	19
MOYEN	43	42	39, 74	37,04	34,95	30,13
MINIMUM	43	42	41,61	41,22	40,83	39,09

TABLEAU N° 18 : EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILES PAR SCENARII

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Taux de mortalité avant cinq ans (morts pour 1 000 naissances)						
MAXI	72	71,15	70,31	69,50	68,70	67,93
MOYEN	72	68,33	64,71	61,19	57,76	54,73
MINIMUM	72	62,82	54,29	46,39	39,07	32,28

Le tableau ci-dessous présente les vies additionnelles sauvées chez les enfants de moins de 59 mois par scenarii.

TABLEAU N° 19 : VIES ADDITIONNELLES INFANTILES SAUVEES PAR SCENARII

	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
SCENARIO MINIMUM						
Total (0-59 mois)	145	342	529	521	5 060	6 597
<1 mois	94	193	297	336	521	1 441
1-59 mois	51	149	232	185	4 539	5 156
SCENARIO MOYEN						
Total (0-59 mois)	4 184	8 348	12 429	16 419	19 956	61 336
<1 mois	1 470	2 900	4 295	5 650	6 692	21 007
1-59 mois	2 713	5 448	8 134	10 769	13 264	40 328
SCENARIO MAXIMUM						
Total (0-59 mois)	10 052	17 943	23 602	27 209	28 935	107 741
<1 mois	4 273	7 403	9 494	10 670	11 040	42 880
1-59 mois	5 779	10 540	14 108	16 539	17 894	64 860

9.3 Plan de financement du PDSS

Le PDSS 2022-2026 bien qu'ambitieux est nécessaire pour l'atteinte des résultats escomptés. Le défi majeur reste l'engagement politique confirmé au plus haut niveau du Gouvernement et l'appui des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs pour la mobilisation et la gestion efficiente des ressources. Le financement des interventions retenues dans le PDSS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'État, des partenaires au développement, des ONG ainsi que du secteur privé. La stratégie repose sur les principes fondamentaux que sont : (i) l'accès équitable à des soins de santé de qualité à des coûts abordables selon les besoins ; (ii) la disponibilité de l'offre de soins de santé à la population entière ; (iii) la pérennité du mécanisme de financement de la santé et (iv) la protection contre le risque financier. L'atteinte des résultats escomptés se fera sur la base des mesures suivantes :

9.3.1 Les modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du PDSS 2022-2026 se fera suivant l'approche sectorielle, en facilitant l'insertion des population et action sociale, dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PDSS, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Tout en respectant ces procédures nationales de gestion, les modalités de financement du PDSS, peuvent combiner plusieurs approches : l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés.

9.3.2 Le dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits financiers annuels indépendants de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, activités des corps de contrôle de l'État seront maintenues et renforcés. Aussi, des cadres sectoriels de dialogue, les conseils d'administration, les sessions des revues sectorielles lors les comités régionaux de suivi du PDSS, les comités techniques traitant des questions de santé au niveau région et district doivent être mise en place ou renforcé et devront faire partie intégrante du dispositif de contrôle de gestion des ressources financières.

En plus de ces mécanismes de contrôle habituels, des mécanismes de redevabilité des services de santé vis-à-vis des populations seront développés à travers un renforcement des actions de contrôle communautaire réalisées avec l'appui des organisations de la société civile surtout locales.

X. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ET EVALUATION

10.1. Détermination des programmes

Au total on dénombre quatre (4) programmes. Ces derniers sont subdivisés en vingt-trois (23) sous programmes qui seront développés dans les Plans d'Actions Prioritaires et les Plans d'Actions Annuels à tous les niveaux. Un guide de suivi évaluation du PDSS accompagnera la mise en œuvre des programmes. Ces programmes sont déclinés comme suit.

10.1.1 Amélioration de la gouvernance en santé

Pour améliorer la gouvernance en santé dans le cadre de la mise en œuvre efficace du PDSS 2022-2026, douze (12) sous programmes seront mis en œuvre à savoir :

1. le renforcement du cadre institutionnel,
2. le renforcement des mécanismes de régulation du secteur,
3. le renforcement de la coordination du système de santé et de la redevabilité des acteurs,
4. le renforcement de la dynamique communautaire dans la gestion des services de santé,
5. le renforcement de la multisectorialité,
6. le renforcement de la communication institutionnelle,
7. le développement des technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé ,
8. le renforcement de la décentralisation et de la déconcentration
9. le renforcement de la planification et du suivi-évaluation,
10. le renforcement du système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales,
11. le renforcement de la gestion de l'information sanitaire,
12. l'amélioration de la recherche en santé.

10.1.2 Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales

Ce programme comporte quatre (4) sous programmes suivants :

1. la revitalisation des soins de santé primaires
2. le renforcement des plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux
3. l'amélioration de la qualité des soins et services de santé et sociaux
4. l'amélioration de la gestion des épidémies et autres urgences sanitaires

10.1.3 Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables

Ce programme comprend quatre (4) sous-programmes sous programmes qui sont :

1. la promotion des droits des groupes vulnérables,
2. l'amélioration de l'autonomisation des groupes vulnérables.,,
3. La réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux et la mise en place/promotion des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à la maladie,
4. la réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux

10.1.4 Amélioration de la maîtrise de la fécondité

Ce programme comporte quant à lui trois (3) sous programmes qui sont :

1. l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de PF;
2. le renforcement des capacités des leaders d'opinion sur les questions de population,
3. l'amélioration de la prise de conscience sur les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations.

Ces programmes faciliteront l'élaboration des documents budgétaires : document de Programmation Pluriannuelle de Dépenses (DPPD), le Projet Annuel de Performance (PAP) et le Rapport Annuel de Performance (RAP).

10.2. Cadre de mise en œuvre du PDSS 2022-2026

10.2.1. La planification et coordination

Les orientations définies dans le PDSS seront traduites en Plans d'Actions Prioritaires Pluriannuels 2022-2026 (PAP/P) à tous les niveaux sauf les CSI qui élaborent des micros plans annuellement. Cependant, les Hôpitaux Nationaux, les Hôpitaux de Référence, la Maternité Issaka Gazobi de Niamey, les Centres Hospitaliers Régionaux, les Centres de Santé Mère et Enfant s'inspirent de leur PAP/P pour élaborer leurs Projets d'Etablissement.

Les organes de coordination des activités de planification et de suivi de la mise en œuvre seront mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sociale. Leur composition et leurs attributions seront définies dans un guide de suivi évaluation. Ces organes dont la composition est multisectorielle, intégreront d'autres acteurs comme les PTF, les organisations et associations, la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé, à la population et aux affaires sociales.

Au niveau des communes, la généralisation de la mise en place des comités de santé sera achevée. Les conseils communaux en rapport avec les COSAN et COGES des CSI et CS veilleront à l'intégration des actions prévues dans les micros plans des

CSI dans les Plans de Développement Communal et les Plans d'Investissement Annuel pour en assurer les co-financements nécessaires à la réalisation des activités programmées, le suivi et leur évaluation.

Au niveau district, le *Comité de santé du district*, sous l'autorité du maire élu du chef-lieu du District Sanitaire veillera à l'élaboration, la validation, la mise en œuvre et l'évaluation annuelle des plans opérationnels.

Au niveau régional, le *Comité régional de santé*, placé sous l'autorité du Président du Conseil Régional de Santé, veillera à l'élaboration, à la validation, à la mise en œuvre et à l'évaluation semestrielle et annuelle des plans opérationnels dans une approche participative et axée sur les résultats. Au terme de chaque exercice annuel de planification, la DRSP/P/AS et le niveau central transmettront au MSP/P/AS (DEP) la synthèse des PAA pour une compilation nationale.

A la fin de chaque évaluation, la DRSP/P/AS transmettra les résultats au MSP/P/AS pour synthèse nationale. Les résultats permettront l'élaboration des rapports d'exécution du PDSS.

Au niveau national, le *Comité National de Santé*, présidé par le Premier Ministre, précédé des travaux du *Comité Technique National de Santé* veillera à l'élaboration et à la validation du PDSS avant son adoption par le Gouvernement ainsi qu'à ses évaluations. Il sera également chargé de valider les plans opérationnels des structures centrales et leur évaluation dans une approche participative de la gestion axée sur les résultats.

Pour une meilleure efficacité du processus de planification, le guide de suivi évaluation comprenant des indicateurs de résultats par niveau sera révisé.

10.2.2 Les modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du PDSS se fera selon l'approche un plan, un budget, un rapport et sera accompagnée d'un guide de suivi-évaluation, un manuel d'exécution, un compact. Elle se fera essentiellement en plusieurs étapes :

- La première étape consistera à l'élaboration 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 des PAP/P issus du PDSS 2022-2026. Après leur validation par les instances prévues, les plans opérationnels seront soumis pour financement, à l'Etat et à l'ensemble des partenaires du secteur
- La réalisation des activités prévues dans les Plans opérationnels (PEH, PDSD, PDSR PAA, Micros plans des CSI, DPPD, PAP) 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.
- A la troisième étape, il sera organisé des missions de supervision, missions conjointes, revues et des réunions de coordination à tous les niveaux conformément au guide de suivi-évaluation. En plus, des audits seront commandités par le niveau national vers les structures centrales et déconcentrées.

10.2.3 Le dispositif du suivi évaluation

Un guide de suivi-évaluation, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PDSS, sera élaboré.

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 (CNS) à travers le Comité Technique National de Santé (CTNS) et de proposer les mesures correctives.

Des revues du PDSS seront organisées au premier semestre et en fin d'année à tous les niveaux. Elles seront réalisées avec la pleine participation de toutes les parties prenantes du secteur.

En outre, les Rapports d'Exécution semestriels et annuels du PDSS (REP) et les aide-mémoires annuels seront aussi élaborés.

L'évaluation et la validation des Plans d'Action Annuels se feront respectivement par le Comité Technique National de Santé et le Comité National de Santé qui se réuniront à la fin de chaque année.

Chaque revue annuelle est précédée par une mission conjointe de terrain conduite par le Ministre de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales avec la pleine participation des niveaux périphérique, intermédiaire et central et des PTF.

Le suivi sera essentiellement basé sur une liste d'indicateurs clés du PDSS. La liste des indicateurs nécessaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PDSS aux différents niveaux sera établie par le cadre de mesure de rendement.

Il est prévu en 2024, une évaluation à mi-parcours du PDSS pour réorienter au besoin et renforcer la mise en œuvre, ainsi qu'une évaluation finale en 2026 pour mesurer les résultats obtenus, le niveau d'atteinte des ODD en lien avec la santé.

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.

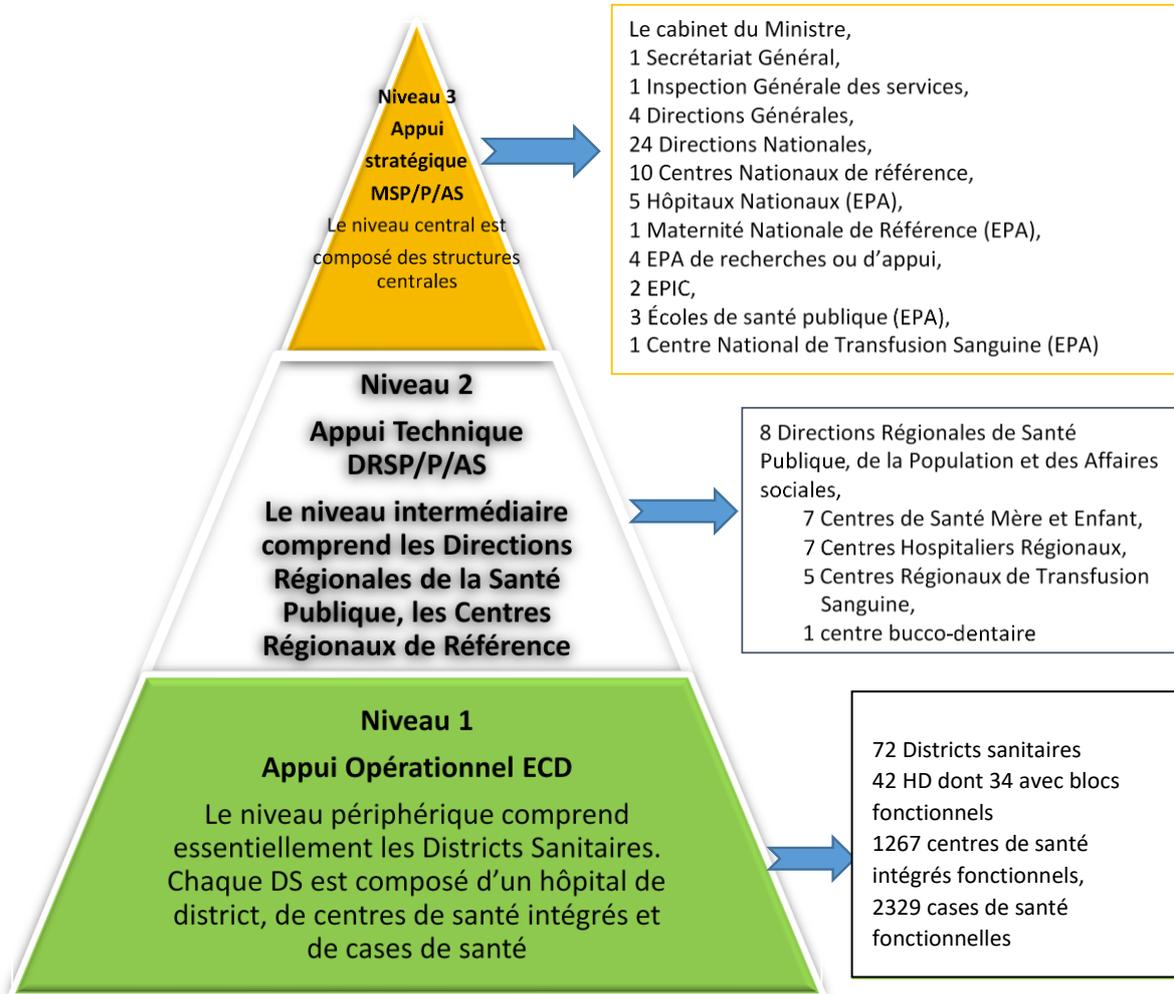
BIBLIOGRAPHIE

- ❖ Bureau International de Travail : Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (ERI-ESI, 2017) ;
- ❖ Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/sida : Plan Stratégique National 2018-2022 contre les IST/VIH/SIDA ;
- ❖ Gouvernement de la République du Niger : Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) 2017-2025 ;
- ❖ Institut National de la Statistique, Compte Economique de la Nation du Niger 2021 ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Compte Economique de la Nation du Niger basé selon le SCN 2008-Base 2015 ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS) 1998, 2006, 2012 ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de cinq ans (ENAFEME 2021) ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Enquêtes SMART Nutrition 2019, 2020, 2021 ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Etude Nationale d'Evaluation d'Indicateurs Sociaux Economique et Démographique (ENISED 2015) ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Niger en chiffres 2014 ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Rapport Enquête harmonisée sur les conditions de vie des Ménages et l'agriculture (EHCVMA) 2019 ;
- ❖ Institut National de la Statistique : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2012 ;
- ❖ Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant : Politique Nationale de Protection Sociale, Août 2011 ;
- ❖ Ministère de la Population : Politique Nationale de Population 2019-2035 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Comptes Nationaux de la Santé, 2020 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015) ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Rapports d'Exécution Annuelle 2021 du PDS 2017-2021 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger, 2013-2020 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales : Annuaire des statistiques sanitaires Niger, 2020 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales : Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme 2017-2021 avec extension jusqu'en 2023 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales : Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose 2022-2026 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales : Rapport de l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles (STEPS Niger 2021) ;

- ❖ Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales : Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle au Niger 2021-2030, juin 2021 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales : Stratégie Nationale Hygiène Publique, août 2021 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire 2013-2022 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Plan Stratégique National du Système d'Approvisionnement en Produits de Santé 2019 – 2023 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Plan Stratégique National Intégré De Prévention Et De Lutte Contre Les Maladies Chroniques Non Transmissibles mars 2012 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Plan stratégique national pour la santé des personnes âgées au Niger 2020-2024 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Plan Stratégique National Santé Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Politique Nationale de Santé 2016-2035 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique, Politique Pharmaceutique Nationale ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Rapport sur l'analyse de la situation des hépatites virales, 2016 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Rapports d'activité du Programme National de Lutte contre le Paludisme 2017-2021 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Stratégie Nationale de Promotion de la Santé, 2013 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Stratégie Nationale E-Santé 2019-2023 ;
- ❖ Ministère de la Santé Publique : Stratégie Nationale de Santé Scolaire, Octobre 2015 ;
- ❖ Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement : Rapport de l'enquête de suivi des indicateurs prioritaires du PROSEHA 2020 et 2021 ;
- ❖ Ministère du Plan : Plan de Développement Economique et Social période 2017-2021 ;
- ❖ Ministère du Plan, Plan de Développement Economique et Social période 2022-2026 ;
- ❖ Ministère du Plan : Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive Niger 2035 ;
- ❖ Organisation Mondiale de la Santé-Niger : Rapport Annuel 2019 ;
- ❖ Programme des Nations Unies pour le Développement : Rapport sur le Développement Humain 2020 ;
- ❖ Système des Nations Unies : Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF).

ANNEXES

Annexe 1 : Pyramide Sanitaire



Annexe 2 : Répartition des infrastructures sanitaires par région en 2021

Structure	Population générale	Hôpital National	Maternité référence	CHR	CSME	CRTS	HD	HD avec Bloc	CDT_TB	Aires sanitaires CSI	CSI TYPE II	CSI TYPE I	Case de santé	Hôpital privé	Clinique	Salle de soins	Infirmierie	Cabinet Médical	Cabinet de Soins
Agadez	647 252	0	0	1	1	1	2	1	20	92	27	65	109	2	0	4	3	1	3
Diffa	788 474	0	0	1	1	0	2	2	22	67	14	53	122	0	0	4	3	0	0
Dosso	2 836 984	0	0	1	1	1	4	3	28	160	31	129	366	0	1	30	4	2	2
Maradi	4 694 041	1	0	1	1	1	6	6	42	186	59	127	430	1	8	59	8	4	10
Niamey	1 365 927	3	1	2	0	1	1	1	15	62	41	21	5	3	37	34	24	36	55
Tahoua	4 606 576	0	0	1	1	1	9	9	47	237	40	197	392	1	3	30	7	5	2
Tillabéri	3 762 348	0	0	1	1	0	6	5	38	258	65	193	379	0	0	23	10	2	6
Zinder	4 890 380	1	0	0	1	0	7	7	47	195	52	143	478	0	7	26	8	2	1
Niger	23 591 982	5	1	8	7	5	37	34	259	1257	329	928	2281	7	56	210	67	52	79

Source : *Annuaire Statistique provisoire 2021*

Annexe 3 : Couverture MILDA et CPS de 2017 à 2021

Année	Cibles	MIILDA	%	CIBLES CPS	Enfants traités	%
2017	6 238 074	3 386 343	98	2 706 460	2520876	93
2018	5 863 432	3 160 694	97	3 764 311	3585261	95,24
2019	1 132 065	675 658	107	4 188 304	4123054	98,40
2020	13 994 681	7 862 993	101	4 289 520	4494046	104,8
2021	7 712 024	4 358 451	102	3 803 919	3714777	97,7
TOTAL	34 940 275	19 444 139	100	18 752 514	18 438 014	98,32

Source PNLP : Rapports campagnes MIILDA et CPS de 2017 à 2021

Annexe 4 : Répartition du nombre de nouveaux cas de FGF enregistrés par les centres de prise en charge par an et par région de 2016 à 2021

Régions	Cas/ Année					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Agadez	0	0	4	7	8	5
Diffa	5	7	20	15	13	20
Dosso	33	17	36	37	35	29
Maradi	89	112	86	94	68	86
Tahoua	39	28	54	26	50	16
Tillabéri	0	6	5	1	0	
Zinder	47	29	71	69	127	79
Niamey	59	40	106	72	79	94
Total	272	239	382	321	380	329

Annexe 5 : Synthèse de la couverture vaccinale en matière de lutte contre la Covid 19 par région au 31 Juillet 2022

Synthèse générale de vaccination contre la COVID-19 au 31 juillet 2022																	
Régions	SINO	SINO	Astra	Astra	J&J	Pfizer	Pfizer	SINO	SINO	Total	Total	Total	TOTAL	Couverture vaccinale			
	Dose 1	Dose 2	Dose 1	Dose 2	Dose unique	Dose 1	Dose 2	Dose 1	Dose 2	Dose 1	Dose 2	Vaccination terminée	Doses administrées	Régions	Cibles	Couverture DOSE1	Couverture vaccination terminée
Agadez	24,629	12,259	12,921	4,505	58,244	10,935	4,112	494	16	107,223	20,892	79,136	128,115	Agadez	293,570	37%	27%
Diffa	26,216	13,830	23,852	12,281	77,683	9,416	4,848	1,717	0	138,884	30,959	108,642	169,843	Diffa	357,623	39%	30%
Dosso	81,468	68,507	47,129	19,234	258,570	30,697	15,420	13,223	0	431,087	103,161	361,731	534,248	Dosso	1,286,752	34%	28%
Maradi	196,674	140,046	127,360	64,676	591,785	68,852	23,693	19,082	0	1,003,753	228,415	820,200	1,232,168	Maradi	2,129,038	47%	39%
Tahoua	136,320	69,912	55,583	26,119	300,289	44,235	13,142	19,193	0	555,620	109,173	409,462	664,793	Tahoua	2,089,372	27%	20%
Tillabéri	161,321	98,857	47,102	23,030	399,324	41,850	14,664	29,743	68	679,340	136,619	535,943	815,959	Tillabéri	1,706,459	40%	31%
Zinder	116,961	66,992	41,078	17,659	295,742	38,317	9,757	9,035	0	501,133	94,408	390,150	595,541	Zinder	2,218,094	23%	18%
Niamey	37,287	27,169	26,334	12,797	170,850	17,789	5,988	8,564	0	260,824	45,954	216,804	306,778	Niamey	619,535	42%	35%
NIGER	780,876	497,572	381,359	180,301	2,152,487	262,091	91,624	101,051	84	3,677,864	769,581	2,922,068	4,447,445	NIGER	10,700,443	34%	27%

La faible couverture vaccinale COVID 19 peut être expliquée en partie par la réticence de la majorité de la population vis-à-vis des vaccins contre cette maladie à laquelle elle n'y croit même pas.

Annexe 6 : Préoccupations des Parties Prenantes du PDSS 2022-2026

1. Les hommes, les femmes, les adolescents et les enfants

Les hommes, les femmes, les adolescents, les jeunes et les enfants constituent les cibles prioritaires du PDSS. Ils vont bénéficier directement et équitablement des retombées de l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des services visés à travers sa mise en œuvre. A terme, le PDSS 2022-2026 va contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations nigériennes.

Il est attendu de ces bénéficiaires l'adoption de comportements favorables à la santé, l'accroissement de la demande de soins préventifs et curatifs de base, la participation au financement de la santé. De façon générale, les populations ignorent les objectifs définis par la Politique Nationale de Santé, mais, elles sont très sensibles à la gestion des épidémies, aux conséquences de la maladie (complications, séquelles, mort), à la création de structures sanitaires et au financement de la demande en santé (mutuelles, gratuités, etc.).

2. Les groupes vulnérables

Il s'agit des : personnes âgées, personnes handicapées, indigents ; malades chroniques etc. qui attendent du MSP/P/AS : (i) une prise en charge adaptée à leurs besoins et selon la loi et les normes en vigueur, (ii) de meilleurs accueils, (iii) une disponibilité des services de rééducation et de réadaptation, (iv) la création des centres socio-économiques et (V) l'application des textes. Leurs problèmes majeurs se résument à (i) la faible inclusion des groupes vulnérables, (ii) le non-respect des textes législatifs et réglementaires relatifs aux groupes vulnérables, (iii) le dysfonctionnement des centres de formation professionnelle, (iv) la méconnaissance

des textes relatifs à la protection sociale. Les principales craintes sont entre autres : la stigmatisation et la discrimination.

3. Les réfugiés, les retournés, les déplacés internes et externes, victimes des catastrophes et des conflits

Leur principale attente est la prise en charge adaptée et ils ont comme problème un accès limité aux soins, à l'alimentation et à la sécurité. Ils craignent surtout d'être abandonnés et stigmatisés.

4. Les sociétés

Il s'agit entre autres de : SPEN, SEEN, Banques, Assurances, SONIDEP, SML (SAMIRA), Programme KANDADJI, Compagnies téléphoniques, OLANI, CNSS, compagnies de transport, Agences de voyage et Agences de transfert d'argent. Ils attendent : (i) l'amélioration de l'accessibilité physique et financière, (ii) l'amélioration de la qualité des soins/prestations, (iii) l'amélioration de la sécurité environnementale, (iv) la disponibilité du personnel et la prise en charge rapide. Leur problème principal est l'insuffisance de la qualité des prestations dispensées. Elles redoutent surtout la non prise en compte de certaines pathologies et le temps d'attente long dans la prise en charge des soins.

5. Les pouvoirs exécutif et législatif

Il s'agit principalement :

- du Gouvernement qui élabore et conduit la Politique Nationale de Santé et la Politique Nationale de Population, le Plan Stratégique qui les met en œuvre ;
- de l'Assemblée Nationale, Institution chargée de la législation, du contrôle de l'action gouvernementale qui aura comme principaux rôles : l'adoption de lois favorables à la Santé Publique et le contrôle de la mise en œuvre du PDSS.

La santé constitue un secteur prioritaire pour les pouvoirs exécutif et législatif. Le volet santé du programme Renaissance (Acte III) du Président de la République recoupe les objectifs et les actions prévues dans le PDSS, notamment en ce qui concerne la réalisation des infrastructures, l'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des soins. Leur problème majeur est la persistance des maladies et craignent la non satisfaction des besoins sanitaires des populations.

6. Les services techniques du secteur de la santé

Les services techniques du secteur de la santé et de l'Action Sociale sont les principaux acteurs de la mise en œuvre du PDSS. Leurs principales attentes sont les suivantes : (i) la capitalisation des acquis, (ii) la sécurité au travail, (iii) la capacité de fournir des prestations de qualité, (iv) la satisfaction des soins des utilisateurs et (v) la continuité des prestations. Les principaux problèmes rencontrés sont : (i) l'insuffisance des ressources humaines et matérielles en quantité et en qualité, (ii) l'insuffisance et la vétusté des équipements et des infrastructures, (iii) l'insuffisance dans la régulation des services, (iv) l'insuffisance dans la gouvernance et le leadership, (v) la léthargie

des organes de participation communautaire et (vi) la faible qualité de l'information sanitaire. Les craintes de ces services sont liées à : (i) la mobilité/abandon des agents, (ii) le non-respect des engagements par l'Etat et certains PTFs et (iii) la subjectivité dans certaines prises de décisions.

7. L'administration déconcentrée et décentralisée

Les agents des secteurs publics de l'administration déconcentrée (éducation, agriculture, élevage, urbanisme, transport, habitat, jeunesse, sport, justice, fonction publique etc.) jouent un rôle important dans le cadre de la multisectorialité.

Les collectivités territoriales décentralisées (régions et communes), qui sont aujourd'hui dépositaires de trois (3) compétences dans le domaine de la santé : gestion des ressources humaines, des infrastructures et des gratuités. Dans la pratique, ces compétences restent encore largement assumées par l'Etat central. Les collectivités territoriales ont été associées à toutes les étapes du PDSS. La santé fait partie des priorités des collectivités territoriales nigériennes, qui figurent en bonne place dans leurs plans de développement. Cependant, il faut noter que ces plans sont souvent en décalage avec les plans élaborés par le MSP/P/AS²². De plus, une certaine compétition peut s'installer entre le MSP/P/AS et les collectivités territoriales pour la gestion, mais surtout le financement des actions de santé. En effet, de façon légitime, ces collectivités territoriales, jeunes pour la plupart cherchent en vain les moyens de se développer dans des environnements caractérisés par la rareté des ressources.

8. Les syndicats de la santé

Les syndicats, qui sont des organisations citoyennes indépendantes de l'état jouent un rôle de plus en plus important dans la mise en œuvre des politiques de santé.

Les principales attentes de ces organisations sont essentiellement : (i) le respect des droits des travailleurs, (ii) l'amélioration des conditions de travail, (iii) la motivation des travailleurs, (iv) le recrutement des agents et (v) la meilleure répartition sur le terrain.

Ils sont confrontés aux problèmes majeurs suivants : (i) l'insuffisance dans l'application des textes, (ii) l'inexistence de plan de gestion des carrières, (iii) le non-respect du profil poste emploi, (iv) la mauvaise répartition géographique des agents. Leurs principales craintes sont : (i) le non-respect des engagements (protocoles d'accord) et (ii) la politisation de l'administration.

9. Les ONG et les associations

Ils sont des intermédiaires entre la population et les services sanitaires. Leurs attentes dans la mise en œuvre du PDSS sont : (i) la contractualisation avec le secteur sanitaire, (ii) la visibilité et la reconnaissance, (iii) le respect des engagements, (iv) la signature des conventions gagnant-gagnant. Les problèmes qu'elles rencontrent sont : (i) la faible capacité technique et financière et la faible participation aux actions de

²² A titre d'exemple, il est noté dans l'analyse de situation que beaucoup de CSI ont été construits par les collectivités territoriales sans tenir compte des priorités de couverture sanitaire du pays.

santé. Leur principale crainte est le retrait des agréments par les autorités compétentes.

10. Les groupements féminins

Ils participent activement à la mise en œuvre des actions de santé publique, sous l'autorité du MSP/P/AS. Sur la base d'accords signés avec l'Etat, ils exécutent la politique de santé. Au Niger, ils interviennent principalement dans le domaine de la SR, la nutrition, la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.

Les principales attentes sont : (i) la satisfaction de leurs besoins en santé, (ii) le développement de partenariat stratégique avec le secteur de santé, (iii) le renforcement des compétences, et (iv) la visibilité de leurs actions. Ils font face aux problèmes tels que : (i) la faible capacité managériale et technique, (ii) l'insuffisance de collaboration et (iii) l'insuffisance dans le processus de prise de décision. Leurs craintes sont essentiellement : la mise à l'écart des femmes dans la prise de décision la mise en œuvre des activités et le non-respect du genre.

11. Les leaders d'opinion

Il s'agit surtout des autorités coutumières et autorités religieuses. Leurs attentes se résument à : l'amélioration de l'état de santé des populations ; la participation effective dans la mise en œuvre des actions de santé et la motivation en cas d'activités de masse. Les difficultés rencontrées sont : (i) l'insuffisance des ressources dans l'accompagnement des actions de santé et dans la mise en œuvre des activités. La principale crainte de ces acteurs est l'inadéquation des actions avec certaines valeurs socio- culturelles.

12. Les membres de la diaspora

Leur attente est l'amélioration de l'état de santé des populations et leur unique problème majeur est la non opérationnalisation des formations sanitaires construites. Leur unique crainte est relative à la mauvaise gestion des ressources (matérielle et financière) mises à disposition.

13. Les ordres des différents corps de santé

Ils ont pour attentes : (i) le respect de l'éthique et de la déontologie dans le cadre de la profession, (ii) l'amélioration du suivi par le Ministère, (iii) la qualité des prestations de soins et services, (iv) la participation à l'élaboration des politiques et stratégies, (v) le respect du poste profil dans les nominations techniques et (vi) la réorganisation du système hospitalier. Les différents ordres sont confrontés aux problèmes suivants : (i) la faible fonctionnalité des ordres existants, (ii) l'insuffisance dans la vulgarisation des textes, (iii) la méconnaissance des missions et textes réglementaires des ordres par les utilisateurs, (iv) l'inexistence de certains ordres, (v) la faible protection des droits des usagers et des professionnels et (vi) l'absence de local.

Leurs craintes se résument comme suit : (i) la perte de crédibilité face à l'administration et aux adhérents, (ii) la réticence des usagers à honorer leur cotisation, (iii) la politisation de l'administration et (iv) le non-respect des engagements.

14. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs)

Plusieurs acteurs bilatéraux et multilatéraux apportent leur appui à la République du Niger dans la mise en œuvre de sa politique de santé ; il s'agit principalement des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Suivant la déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide qui est le principal document d'orientation de la coopération dans les pays en développement, celle-ci doit se faire dans le respect de cinq (5) principes fondamentaux : alignement, harmonisation, appropriation, Gestion Axée sur les Résultats, responsabilité mutuelle.

Leurs attentes sont : (i) la prise en compte de leurs programmes de coopération dans le PDSS, (ii) la mise en œuvre efficace et efficiente du PDSS, (iii) l'absorption des fonds alloués aux programmes du PDSS, (iv) la transmission à temps des justificatifs et rapports d'activités et (v) la transparence dans la gestion des ressources.

15. Les assurances et les mutuelles

Il s'agit des mutuelles communautaires, mutuelles des corps socioprofessionnels, et des assurances maladies privées. Leurs attentes sont pour l'essentiel : (i) la reconnaissance de leurs mutuelles, (ii) la rationalisation des coûts de soins, (iii) les soins de qualité pour leurs adhérents et Couverture Santé Universelle. Leurs problèmes principaux sont : (i) l'insuffisance de capacité de gestion, (ii) la faible couverture d'assurance maladie, (iii) la méconnaissance des mécanismes d'assurance par les adhérents et (iv) l'insuffisance de recouvrements des fonds. La principale crainte est la faillite de la mutuelle ou de l'assurance.

16. Les professionnels de soins du secteur public

Ils sont 14 247 agents dont 56,60% de femmes en 2021 et sont les principaux artisans de la mise en œuvre du PDSS. Leurs attentes se résument comme suit : (i) la promotion dans la carrière, (ii) la motivation des agents, (iii) les meilleures conditions de travail, (iv) le renforcement des capacités, (v) la satisfaction des bénéficiaires, (vi) l'amélioration de l'état de santé des populations et (vii) l'équité dans la distribution des ressources. Les principales difficultés rencontrées sont : (i) l'insuffisance de personnels qualifiés et en quantité, (ii) le non-respect des normes et standards, (iii) la mauvaise répartition géographique des agents, (iv) la faiblesse du plateau technique et l'interventionnisme dans la gestion des ressources. Les principales craintes de ces professionnels sont : (i) la dégradation des conditions de travail, (ii) la faible adhésion de la population aux services de santé, (iii) l'aggravation de l'insécurité, (iv) l'éclosion des épidémies et (v) l'apparition des maladies émergentes, accidents et maladies professionnelles.

17. Les services privés de santé

L'offre publique de services de santé est soutenue par un secteur privé encore faiblement représenté au Niger. Il s'agit du secteur privé qui peut être :

- Lucratif : cliniques, cabinets médicaux et infirmeries privées ;
- Associatif : ONG, associations à but non lucratif ;
- Confessionnel : CSI musulmans ou chrétiens.

Leurs attentes majeures sont (i) la satisfaction des bénéficiaires, (ii) le Suivi et l'encadrement technique, (iii) l'accompagnement de l'Etat et (iv) l'assouplissement des dispositions de création des services privés. Les difficultés auxquelles ils font face sont : (i) l'insuffisance du cadre juridique, (ii) l'insuffisance dans la collaboration, (iii) la méconnaissance des textes, (iv) la prolifération de la vente illicite des médicaments et (v) la faible participation aux activités du Système d'Information Sanitaire. Ils ont pour principales craintes : (i) le refus de l'octroi des autorisations d'exercice, (ii) la lenteur dans le processus de l'octroi des autorisations d'exercice, (iii) la pression fiscale, (iv) la faillite et (v) le développement de système de santé parallèle.

18. Les opérateurs du marché illicite

Ils offrent en général des produits pharmaceutiques des produits pétroliers etc. Leur principale attente est la reconnaissance de leur profession par les autorités compétentes, leur unique problème est l'interdiction d'exercer et leur principale crainte est la poursuite judiciaire.

19. Les fournisseurs

Il s'agit principalement des commerçants, des consultants des Cabinets d'études etc. Leurs attentes sont : (i) la transparence dans la contractualisation, (ii) le développement du partenariat, (iii) la pérennité de l'entreprise et (iv) le paiement à temps des factures. Ils sont confrontés aux problèmes suivants : (i) la lourdeur des procédures, (ii) le retard dans le remboursement des factures, (iii) l'iniquité dans le traitement des DAO (absence d'égalité dans l'attribution des marchés) et (iv) la prolifération des informels. Leurs principales craintes sont : (i) le favoritisme dans l'attribution des marchés, (ii) la lenteur dans le règlement des factures et (iii) l'insuffisance dans la mise à concurrence.

20. Les tradipraticiens

Ils font des prestations au profit des populations sur toute l'étendue du territoire national. Leurs attentes sont : (i) la satisfaction des bénéficiaires, (ii) une meilleure intégration dans les actions de santé, (iii) l'accès aux financements, (iv) le renforcement du cadre de concertation entre les tradipraticiens et les services de santé. Les principaux problèmes auxquels ils font face sont les suivants : (i) la faible capacité de production de médicaments traditionnels homologués ; (ii) le faible encadrement, (iii) l'insuffisance dans la collaboration. La principale crainte est l'interdiction de pratique dans certaines zones.

21. Les Institutions de Formation

Ce sont la Faculté des Sciences de la Santé, les écoles de santé et les Instituts de Santé. Leurs attentes sont : (i) une politique de formation adéquate, (ii) une formation de qualité, (iii) l'accréditation des curricula, (iv) l'encadrement approprié des stagiaires. Les problèmes qui les assaillent sont : (i) la faible capacité en ressources humaines, matérielles et didactiques, (ii) l'inadéquation du curricula par rapport à l'évolution de la technologie, (iii) la faible capacité de supervision des stages des étudiants et (iv) la faible capacité d'accueil des stagiaires au niveau des structures sanitaires. Leurs deux craintes majeures sont : (i) la faible absorption des diplômés sur le marché de l'emploi et (ii) la fermeture des écoles privées par les autorités compétentes.

22. Les Institutions de recherche

Il s'agit du CERMES, des FSS, des Facultés des Sciences, de l'IRI, du CNRD, du CNRP, de LANSPEX, de l'INS, du LASDEL, du CPADS, de l'URC etc. Leurs attentes sont : (i) le financement de la recherche, (ii) l'utilisation des résultats des recherches, (iii) la capitalisation des résultats de recherche. Leurs problèmes majeurs sont : (i) l'insuffisance de ressources humaines matérielles et financières, (ii) l'insuffisance de motivation des chercheurs et (iii) l'absence de système d'archivage des données. Leurs principales craintes sont : (i) la perte des données et (ii) la fuite des cerveaux.

Annexe 7 : Causes primaires, secondaires, tertiaires du problème fédérateur : faible accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité.

Causes primaires	Causes secondaires	Causes tertiaires
Insuffisance de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales,	Faiblesse dans la gestion du personnel;	Insuffisance du personnel en quantité et en qualité
		Faiblesse dans la gestion prévisionnelle des effectifs et compétences
		Insuffisance de la qualité des formations (initiale et continue).
	Faible développement des infrastructures, des équipements sanitaires et sociaux ;	Insuffisance des infrastructures sanitaires et sociales.
		. Insuffisance des équipements bio médicaux, et logistique dans les structures sanitaires et sociales,
		Insuffisance du système de maintenance
Faible disponibilité et de l'accessibilité du sang et dérivés, médicaments, réactifs et	Dysfonctionnement du système d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits de santé (sang et dérivés, intrants nutritionnels et consommables),	

	consommables médicaux de qualité	Faiblesse dans le contrôle de qualité des aliments, médicaments et autres produits de santé.
	Services de nutrition insuffisamment intégré dans le paquet essentiel de santé maternelle, néonatale, infantile, enfants âge scolaire et adolescents	Faiblesse dans l'intégration, la mise en œuvre et le suivi des interventions en matière de nutrition curatives et préventives spécifiques au système sanitaire
		Faiblesse dans l'engagement du MSP face à sa redevabilité et collaboration attendues dans la mise en œuvre de la PNSN limitant ainsi sa capacité d'améliorer la multisectorialité de la santé
		Faiblesse des liens intra-sectoriels et inter/multisectoriel Faiblesse des liens intra-sectoriels et inter/multisectoriel de la nutrition au sein du MSP et hors MSP pour une efficacité des actions préventives sur la mortalité, la nutrition et la santé
	Services dédiés aux adolescents peu adaptés à leur besoin	Faiblesse de l'offre des soins aux adolescents et aux jeunes
	Services de nutrition insuffisamment intégré dans le paquet essentiel de santé maternelle, néonatale, infantile, enfants âge scolaire et adolescents	
		Faiblesse dans l'engagement du MSP face à sa redevabilité et collaboration attendues dans la mise en œuvre de la PNSN limitant ainsi sa capacité d'améliorer la multisectorialité de la santé

		Insuffisance dans la lutte contre les maladies transmissibles, Faiblesse des liens intra-sectoriels et inter/multisectoriel Faiblesse des liens intra-sectoriels et inter/multisectoriel de la nutrition au sein du MSP et hors MSP pour une efficacité des actions préventives sur la mortalité, la nutrition et la santé
	Services dédiés aux adolescents peu adaptés à leur besoin	
	Insuffisance des services de la santé de la reproduction y compris la PF	Faiblesse des prestations en matière des soins obstétricaux et néonataux d'urgence
		Insuffisance des interventions à haut impact (CPN, HPP, PTME, PCIME, PSBI, PFPP, auto prise injection, délégation des tâches de la PF...)
		Persistance des pratiques traditionnelles néfastes à la santé
		Faiblesse de la demande des services de SR/PF
		Insuffisance dans la surveillance des décès maternels et périnataux et ripostes (SDMPR
		Insuffisance dans la lutte pour l'élimination des fistules obstétricales
Renforcement de la protection sociale des populations en santé	- . Insuffisance de la protection sociale des groupes vulnérables	Insuffisance dans la législation relative à la protection sociale
		Faible application de la réglementation sur le quota en matière d'emploi, sanitaire des groupes vulnérables.
		Faible participation des groupes vulnérables dans les différents cadres de prise de décision.
		Non prise en compte systématique des besoins spécifiques des groupes vulnérables dans les politiques, programmes et projets de développement,
		Faible inclusion des personnes handicapées et groupes vulnérables
		Faibles mécanismes de prise en charge sociale et sanitaire des groupes vulnérables.
		Insuffisance des centres professionnels

	Faible <i>autonomisation des groupes vulnérables</i>	Insuffisance des opportunités économiques aux groupes vulnérables.
Insuffisance de prise en compte des questions de population	Faible prise en compte des variables démographiques dans la formulation des politiques publique	Faible connaissance des acteurs sur les enjeux et défis des questions de Population,
		Insuffisance de communication pour un changement social et comportemental en faveur d'une transition démographique.
		Faible plaidoyer à l'endroit des décideurs
	Faible capacité des leaders d'opinion sur les questions de population	Faible connaissance des différents acteurs des questions de population y compris le dividende démographique
		Faible développement des outils de communication sur les questions de population y compris le dividende démographique
	Faible prise de conscience des populations sur les enjeux de la maîtrise de la fécondité	Insuffisance dans l'utilisation des services PF
Insuffisance de sensibilisation sur les pesanteurs socio- culturelle.		
Insuffisance de la gouvernance en santé	Insuffisance du cadre institutionnel,	L'incomplétude de l'arsenal juridique de la santé
		Non parachèvement de la réorganisation du ministère conformément au décret N° ___/ portant réorganisation du ministère
	Faibles mécanismes de régulation du secteur,	Insuffisance des capacités de l'inspection générale des services en moyen logistiques, matériels, humains et financiers
		Insuffisance des missions d'audits, d'inspection et de contrôle,
		Faible développement des outils standardisés d'inspection.
	Faiblesse dans la coordination du système de santé,	Faible fonctionnalité des cadres existants de coordination entre les structures du département ministériel, ...)
		Faiblesse du dispositif de coordination entre l'Etat et les partenaires du secteur de la santé et nutrition,
		Insuffisance de la collaboration avec le privé à travers les mécanismes de leur implication (contractualisation, accréditation...)
	Insuffisance de la dynamique communautaire	Faible fonctionnalité des structures de participation communautaire à tous les niveaux,
		Faible motivation des relais communautaires

	dans la gestion des services de santé,	Faible autonomie des organes de participation communautaire.
	Insuffisance de la communication institutionnelle	Faible visibilité du secteur à travers les nouvelles technologies d'informations
		Faible communication interne et externe à tous les niveaux.
		Lenteur administrative dans le traitement et la transmission des informations,
		Insuffisance dans le suivi et l'encadrement des agents en matière de communication
	Faiblesse dans la multisectorialité	Léthargie du cadre de concertation avec les autres secteurs,
		Faible intégration des actions de santé dans toutes les politiques,
		Insuffisance de synergie avec les autres
	Faible décentralisation et déconcentration	Lenteur dans le transfert de compétences et des ressources de l'Etat,
		Faible accompagnement des collectivités territoriales pour donner un contenu aux compétences transférées.
	Insuffisance du système de la planification et le suivi-évaluation	Faiblesse du processus de planification, de programmation et budgétisation,
		Insuffisance du dispositif de suivi et évaluation
	Insuffisance du système de financement de la santé, des questions de population et des affaires sociales et	Insuffisance des ressources domestiques
		Faiblesse du financement des PTFs
		Faible respect des engagements de l'Etat en matière de cofinancement,
		Faiblesse dans la gestion des ressources allouées au secteur,
		Faible mobilisation des ressources domestiques et des PTFs
		Faible développement du financement innovant
		Faible développement du partenariat publique-privé (PPP)
		Non développement des mécanismes d'achat stratégique,
		Insuffisance dans les mécanismes de redevabilité et de reddition des comptes, (
		Faible développement des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à la maladie (assurance maladie)
	Non développement du système des mutuelles de santé/professionnelles	

	Insuffisance de la recherche en santé	Faible maîtrise de la méthodologie de la recherche en santé par tous les acteurs,
		Insuffisance de suivi des activités de recherche en santé.
		Insuffisance dans la coordination de la recherche en santé.
		Sous financement durable des activités de recherche en santé.
		Insuffisance du cadre législatif et réglementaire de la recherche en santé.
	La gestion de l'information sanitaire et de la recherche.	Inexistence de l'observatoire national de santé.
		Insuffisance de l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication (TIC) du SIS,
		. Faible développement de l'interopérabilité du SIS avec les autres plateformes (DHIS2, SIGL, GRH, mhealth, carte sanitaire).
		Faible qualité et utilisation des données du SIS.
		Capacité insuffisante des gestionnaires de l'information dans l'analyse et l'interprétation des données pour le suivi et l'amélioration de la qualité des services
		Développement de la plateforme SIS communautaire en cours qui nécessitera des évaluations, suivi et corrections dans les 3-5 prochaines années

Annexe 8. Conséquences primaires, secondaires, tertiaires et ultime du problème fédérateur

Problème Central	Conséquences primaires	Conséquences secondaires	Conséquences tertiaires	Conséquence ultime
FAIBLE ACCES DES POPULATIONS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX DE QUALITE	Iniquité aux soins et services de qualité	Taux élevé de la mortalité infanto-juvénile	Faible espérance de vie à la naissance en bonne santé	Insuffisance du bien-être
	Persistance des maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition	Persistance du ratio élevé de la mortalité maternelle		
	Augmentation des infections nosocomiales	La mortalité élevée dans la population		
	Coût élevé des prestations ;	Faible fréquentation des services de santé ;		
	Chocs sanitaires et autres catastrophes sanitaires	Taux élevé de sous nutrition (émaciation et malnutrition chronique)		
	Faible accès des groupes vulnérables aux services de planification familiale			

Annexe 9 : Matrice du cadre logique

Objectif global : contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des populations et de la transition démographique			
Objectif spécifique : améliorer l'accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité			
Résultats	Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques
<p>Résultats à long terme (Impact) : Le bien-être sanitaire et social des populations nigériennes est amélioré</p>	<p>Taux de mortalité global</p> <p>Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 NV)</p> <p>Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000 NV)</p> <p>Taux de mortalité néo natale (pour 1000 NV)</p> <p>Indice synthétique de fécondité (ISF).</p> <p>Taux de couverture en soins essentiels</p> <p>Indice des dépenses catastrophiques</p>	<p>RGPH</p> <p>EDSN MICS</p>	<p>Hypothèse : Priorité accordée à la santé</p> <p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crise politique - Crise sociale - Crise sécuritaire - Résistance de certaines communautés à accepter les interventions - Non-respect des engagements entre l'Etat et ses partenaires
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 1 : La population utilise régulièrement les</p>	<p>Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois ;</p>	<p>Annuaire statistique</p>	

<p>services sanitaires et sociaux de qualité</p>	<p>Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois % enfants moins d'un an ayant bénéficié de conseil de nutrition et ayant une fiche de croissance à jour Taux de couverture en Td2+ chez les femmes enceintes ; Taux d'utilisation de la CPNR (soins prénatals) 4 ; Taux de natalité des adolescentes 10-19 ans, Couverture des services de santé essentiels ; Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, Taux d'utilisation de la PF ; Besoins non satisfaits en méthodes modernes de PF Taux de mortalité néonatale précoce intra hospitalière ; Taux de létalité obstétricale intra hospitalière ; Taux de mortalité intra hospitalière ; Taux de l'hémorragie de la délivrance intra hospitalière</p>		<p>Hypothèse 1 : Stabilité socio politique</p> <p>Risques :</p>
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 2 : Les populations sont moins exposées aux maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition</p>	<p>Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans ; Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans ; Prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ; Taux de retard de croissance des enfants de moins de 5 ans</p>	<p>Enquête SMART Annuaire statistique Rapport enquête</p>	<p>- <i>Crise politique</i> - <i>Crise sociale</i> - <i>Crise sécuritaire</i></p>

	<p>Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000) ;</p> <p>% de femmes enceintes dormant sous MIILDA, Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDA Taux de succès thérapeutique de nouveaux cas de TB, Incidence de l'hépatite B pour 100000/hbts, Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH ; Proportion d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV Proportion des PV VIH sous ARV ; Prévalence du diabète, Prévalence de la drépanocytose, Prévalence de l'Hypertension artérielle (HTA).</p>		<p>Hypothèse 2 Stabilité du cadre macroéconomique</p> <p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflation - Chute des recettes fiscales <p>Hypothèse 3 : Accès à l'eau potable</p> <p>Risque : Recours à l'eau non potable</p> <p>Hypothèse 4 : Environnement salubre</p>
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 3 : Les groupes vulnérables sont plus résilients</p>	<p>Proportion des familles vulnérables appuyées ;</p> <p>Nombre de mutuelles sociales mises en place ;</p> <p>Proportion de ménages vulnérables ayant adhéré à une mutuelle sociale ; Indice de dépenses catastrophiques</p>	<p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p>	<p>Risques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pollution de l'air - Pollution de l'eau
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 4 : Les populations nigériennes maîtrisent leur fécondité</p>	<p>Prévalence de la contraception moderne ; Le taux de croissance démographique ;</p>	<p>Enquête</p>	
<p>Résultats à court terme (Produit) 1 :</p>		<p>Annuaire statistique</p>	

Le cadre institutionnel est renforcé	Taux de réalisation de la supervision intégrée par niveau avec rapport ;		<p>Hypothèse 5 : Adhésion de la population aux actions du PDSS</p> <p>Risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réticence de la population vis-à-vis de certaines actions de santé
<p>Résultats à court terme (Produit) 2 : La coordination du système de santé est renforcée</p>	<p>Proportion de réunions de concertation MSP/P/AS-PTFs tenues selon le cadre prévu ;</p> <p>Nombre de recommandations issues des réunions de concertation mises en œuvre</p>	Rapports	
<p>Résultats à court terme (Produit) 3 : Les mécanismes de régulation du secteur sont renforcés</p>	<p>Nombre d'inspections réalisés par niveau</p> <p>Nombre d'audits réalisés par niveau</p> <p>Nombre de contrôles réalisés par niveau</p>	Rapports	
<p>Résultats à court terme (Produit) 4 : La multisectoralité est renforcée</p>	Proportion de réunions de concertation avec les autres secteurs (One Health, 3N, CSU, ...) tenues selon le cadre prévu	Rapports	
<p>Résultats à court terme (Produit) 5 : La communication institutionnelle est développée</p>	<p>Pourcentage des structures du MSP/P/AS (administration centrale, DRSP/P/AS, DDS/P/AS) connectées à la plateforme et l'utilisant pleinement.</p> <p>Nombre de bulletins publiés</p>	Rapports	
<p>Résultats à court terme (Produit) 6 : Les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé sont développées</p>			

<p>Résultats à court terme (Produit) 7 :</p> <p>La décentralisation et la déconcentration sont effectives</p>			<p>- Refus de collaborer de la population</p>
<p>Résultats à court-terme (Produit) 8 :</p> <p>La planification et le suivi-évaluation sont renforcés</p>	<p>Nombre de revue annuelle tenue ;</p>	<p>Rapports</p>	<p>Hypothèse 6 : Mobilisation suffisante des ressources domestiques</p> <p>Risques :</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 9 :</p> <p>Le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales est renforcé</p>	<p>Part du budget de la santé par rapport au budget global ;</p> <p>Nombre de Revues des Dépenses Publiques réalisées (annuelle) ;</p> <p>Nombre de revues des Comptes de la Santé Réalisées ;</p> <p>Proportion de partenaire adhérent au Compact ;</p> <p>Nombre de PTF qui adhère au Fonds Commun,</p>	<p>Rapports</p>	<p>Allocation insuffisante des ressources du secteur</p> <p>Non-respect des engagements pris dans le financement de la santé</p> <p>Retard dans la libération des crédits</p> <p>Hypothèse 7 : Accompagnement des PTF</p> <p>Risques :</p> <p>- Suspension des appuis</p>

<p>Résultats à court terme (Produit) 10 : La gestion de l'information sanitaire est perfectionnée</p>	<p>Taux de promptitude de rapports SNIS ;</p> <p>Taux de complétude de rapports SNIS ;</p>	<p>Annuaire statistique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retrait de certains PTF - Retard dans la justification des fonds - <i>Non prévisibilité des financements des partenaires</i> - Retard dans le déblocage des fonds
<p>Résultats à court terme (Produit) 11 : La gestion de la recherche est renforcée</p>	<p>Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle</p> <p>Pourcentage des recherches action réalisées</p>		<p>Hypothèse 8 : Poursuite du soutien des Partenaires sociaux</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 12 : La dynamique communautaire dans la gestion des services de santé est développée</p>	<p>Proportion des CSI qui élaborent de micro plan,</p> <p>Proportion des CSI qui exécutent et évaluent des micros plans</p>	<p>Rapports</p>	<p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grèves - <i>Setting</i> <p>Hypothèse 9 : Participation du privé</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 13 :</p>		<p>Rapports d'enquêtes</p>	

<p>Les soins de santé primaires sont revitalisés</p>	<p>% de structures qui offrent les SONUC</p> <p>% de SONUB fonctionnels</p> <p>% audit des décès maternels réalisés</p> <p>Taux de césarienne</p> <p>Nombres FGF opérés</p> <p>Taux de succès réparation FGF</p> <p>Taux de notification de nouveaux cas de TB</p> <p>Toutes formes confondues (p.100.000),</p> <p>Nombre de campagnes de distribution de masse de MILDA ;</p> <p>Taux de succès thérapeutique TB ;</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent des services de diagnostic et de prise en charge du diabète ;</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent des services de diagnostic et de prise en charge de l'HTA ;</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent les services de dépistage du cancer ;</p> <p>Proportion des personnes vivant avec le VIH sous ARV ;</p> <p>Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant</p>	<p>et Annuaire statistique</p>	<p>Risques ;</p> <p>Refus de collaboration</p> <p>Hypothèse 10 : Préparation et ripostes aux urgences sanitaires et catastrophes</p> <p>Risques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Survenue des urgences sanitaires - Survenue des catastrophes <p>Hypothèse 11 : Dépolitisation de l'administration</p> <p>Risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventionnisme politique dans la gestion du personnel - Favoritisme dans l'attribution des marchés - Fuite des cerveaux - Impunité
--	---	--------------------------------	--

	<p>Proportion d'épidémies confirmées ayant fait l'objet de riposte selon les directives de l'OMS ;</p> <p>Taux de couverture des MTN ;</p>		<p>Hypothèse 12 : Disponibilité des ressources humaines de qualité</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 14 :</p> <p>Les plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux sont renforcés</p>	<p>% de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;</p> <p>% de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent les services de santé de la reproduction adaptés aux jeunes et aux adolescents ;</p> <p>Nombre des centres construits en faveur des Personnes handicapées (PH) ;</p> <p>Nombre des centres réhabilités en faveur des PH ;</p> <p>Nombre de centre récréatif des personnes âgées qui sont construits</p> <p>Pourcentage de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée</p> <p>Niveau d'équipements clé par structure</p> <p>Disponibilité des équipements clés</p>	<p>Rapports d'enquêtes et Annuaire statistique</p>	<p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuite des cerveaux - Non recrutement des cadres - Mauvaise répartition du personnel - Faible qualité des produits issus des écoles de formation <p>Hypothèse 13 : sécurité alimentaire</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 15 :</p> <p>La qualité des soins et services de santé et sociaux est améliorée.</p>	<p>Densité du personnel de santé pour 1000 hbts</p> <p>Proportion du personnel selon le milieu de résidence</p> <p>Nombre de formation sanitaire disposant de personnel selon les normes.</p>	<p>Annuaire statistique</p>	<p>Risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crise alimentaire - Crise nutritionnelle

	<p>% de produits traceurs disponibles au point de dispensation</p> <p>Nombre moyen de jours de rupture des produits traceurs dans le mois au niveau des PPS</p> <p>Nombre de mois de stock des produits traceurs disponibles et utilisable au niveau des PPS</p> <p>% de structures sanitaires ayant fourni le rapport trimestriel de gestion logistique à temps</p> <p>Taux de rapportage des formations sanitaires</p> <p>Taux de satisfaction des commandes des produits au niveau d'un établissement de soins</p> <p>La consommation/distribution des produits traceurs au niveau des PPS</p>	Rapports	<p>Hypothèse 14 : Satisfaction des usagers</p> <p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvais accueil - Faible disponibilité des services de qualité - Temps d'attente long dans la prise en charge des soins
<p>Résultats à court terme (Produit) 16 :</p> <p>Les la gestion des épidémies et autres urgences sanitaire est renforcée.</p>	Taux d'utilisation des services curatifs	Annuaire statistique	
<p>Résultats à court terme (Produit) 17 :</p> <p>Les barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites</p>	Taux d'utilisation des services curatifs	Annuaire statistique	
<p>Résultats à court terme (Produit) 18 :</p> <p>Les barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites</p>	<p>Proportion de la pop couverte par le régime d'assistance médicale</p> <p>Taux de couverture de la population en régime assurantiel</p>	Rapports	

Résultats à court terme (Produit) 19 : Les droits des groupes vulnérables sont promus	Proportion de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale Proportion des personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées et les personnes démunies) pris en charge sur le plan médical.	Enquêtes	
Résultats à court terme (Produit) 20 : L'Autonomisation des groupes vulnérables est renforcée	Nombre des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels pour l'autonomisation des Personnes handicapées (PH) Proportion des personnes handicapées recrutées à la fonction publique ;	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 21 : L'offre et de l'accès aux services de PF est améliorée	Nombre nouvelles acceptrices PF Nombre méthodes de longue durée PF insérées	Annuaire statistique	
Résultats à court terme (Produit) 22 : La capacité des leaders d'opinion sur les questions de population est renforcée	Nombre de leaders d'opinion appuyés sur les questions de population ;	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 23 : Les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations sont pris en compte	Couple année protection	Annuaire statistique	

Annexe 10 : Structure programmatique du PDS 2022-2026

Axes	Programmes	Sous-programmes	Actions	
Axe 1 : Amélioration de la gouvernance et du financement de la santé	Programme 1 : Amélioration de la gouvernance en santé	1.1. Renforcement du cadre institutionnel	1.1.1. Mettre en place des différents outils réglementaires liés à la fusion du Ministère de la Santé Publique, de celui de la Population et des Affaires Sociales	
			1.1.2. Aligner la structure organisationnelle du MSP/P/AS sur la réforme des finances publiques	
			1.1.3. Décliner l'approche budget programme aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	
			1.1.4. Renforcer les ressources humaines et les moyens techniques de la Direction de la législation du MSP/P/AS	
		1.2. Renforcement des mécanismes de régulation du secteur	1.2.1. Réhabiliter les mécanismes de restitution interne des audits et des évaluations	
			1.2.2. Renforcer les capacités de l'Inspection Générale des Services	
		1.3. Renforcement de la coordination du système de santé et de la redevabilité des acteurs	1.3.1. Mettre en place les tableaux de bord d'améliorer le pilotage et la redevabilité	
			1.3.2. Réformer le cadre de concertation, de planification et de redevabilité	
			1.3.3. Renforcer la collaboration avec les structures du secteur privé de la santé	
			1.3.4. Amélioration du cadre juridique déterminant les conditions d'exercice dans le secteur de la santé	
			1.3.5. Mettre en place le dispositif institutionnel d'identification, de planification et de mise en œuvre des projets	
		1.4. Renforcement de la décentralisation et la déconcentration	1.4.1 Accélérer le transfert de compétences et des ressources de l'état	
			1.4.2 Accompagner les collectivités territoriales à s'approprier les compétences transférées	
				1.5.1 Dynamiser les cadres de concertation avec les autres secteurs (One Health, 3N, CSU, ...)

	1.5. Renforcement de la multisectorialité	1.5.2 Renforcer et mettre en œuvre les actions de manière concertée et conjointe avec les autres secteurs
	1.6. Renforcement de la planification et du suivi et l'évaluation	1.6.1. Aligner les plans sous-sectoriels au PDSS
		1.6.2. Rendre effectives les supervisions et le renforcement de la qualité des documents de planification
		1.6.3. Organiser la revue annuelle du secteur de la santé
		1.6.4. Réviser le Guide de Suivi et Evaluation intégrant la réforme des instances de coordination
		1.6.5. Renforcer la prévisibilité des budgets, contributions de l'Etat et des PTF
		1.6.6. Déployer progressivement un outil d'analyse de coûts et de la structure du financement aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
		1.6.7. Renforcer le monitoring, les supervisions intégrées et le dispositif de suivi-évaluation
	1.7. Renforcement du système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales	1.7.1. Réformer le Fonds Commun Santé
		1.7.2. Rationaliser et réduire les Unités de Gestion de Projet/programme (UGP)
		1.7.3. Opérationnaliser l'INAM
		1.7.4. Développer les approches de financement direct non conditionnel
		1.7.5. Rechercher et documenter systématiquement les bonnes pratiques et les réformes à bas coût
		1.7.6. Poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation effective des ressources de l'Etat, notamment à travers des financements innovants
		1.7.7. Formuler les dossiers d'investissement sur les réformes prioritaires et les stratégies à haut impact
	1.8. Renforcement de la dynamique communautaire	1.8.1. Rendre effective la fonctionnalité des structures de participation communautaire à tous les niveaux
		1.8.2. Renforcer la motivation des relais communautaires

	dans la gestion des services de santé	1.8.3. Renforcer l'autonomie des organes de participation communautaire
	1.9. Renforcement de la communication institutionnelle	1.9.1. Renforcer la visibilité du secteur à travers les nouvelles technologies d'informations
		1.9.2. Renforcer la communication interne et externe à tous les niveaux
		1.9.3. Améliorer le traitement et la transmission des informations
		1.9.4. Renforcer le suivi et l'encadrement des agents en matière de communication institutionnelle
	1.10. Renforcement du système d'information sanitaire	1.10.1. Mettre en place l'observatoire national de santé
		1.10.2. Améliorer l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication (TIC) du SIS
		1.10.3. Développer l'interopérabilité du SIS avec les autres plateformes (DHIS2, SIGL, GRH, mhealth, carte sanitaire.)
		1.10.4. Améliorer la qualité et utilisation des données du SIS
	1.11. Développement des technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé	1.11.1. Adopter et diffuser des technologies numériques innovantes
		1.11.2. Renforcer les capacités du personnel en matière de e-Santé, de télésanté et de télémédecine
		1.11.3. Renforcement de l'utilisation effective des technologies numériques innovantes au profit des missions du MSP/P/AS
	1.12. Amélioration de la recherche en santé	1.12.1. Renforcer la maîtrise des méthodes de la recherche en santé par tous les acteurs
		1.12.2. Assurer le suivi des activités de recherche en santé
		1.12.3. Renforcer la coordination de la recherche en santé
		1.12.4. Assurer un financement durable des activités de recherche en santé
		1.12.5. Renforcer le cadre législatif et réglementaire de la recherche en santé
		1.12.6. Renforcer la prise en compte des savoirs dans les arbitrages /décisions politiques et techniques

<p>Axe 2 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations sanitaires et sociales de qualité</p>	<p>Programme 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales</p>	<p>2.1. Revitalisation des soins de santé primaires</p>	2.1.1. Etendre la couverture sanitaire nationale
			2.1.2. Définir et de mettre en œuvre le paquet des services de santé essentiels
			2.1.3. Définir des modèles des soins intégrés et améliorés
			2.1.4. Renforcer la participation des individus et communautés dans la prise des décisions sur les questions de santé les concernant
			2.2.1. Mettre à niveau les équipements médicaux et biomédicaux des structures
			2.2.2. Mettre en œuvre les paquets de services de base intégrés (eau, électricité, connexion, chaîne du froid...) sur le modèle des micro-utilités
			2.2.3. Améliorer l'entretien et la réparation du parc logistique et biomédical
			2.2.4. Transformer les de CS en CSI
			2.2.5. Revoir les plans de structures pour réduire le coût du passage d'une CS à un CSI
			2.3.1. Améliorer la qualité et l'extension de la couverture (y compris géographiques) des interventions à haut impact (SONU, SONNE, SENN, SPN...) de la santé de la mère et du nouveau-né
			2.3.2. Poursuivre les approches intégrées organisées autour de la PCIME
			2.3.3. Renforcer les services de vaccination (PEV)
			2.3.4. Renforcer la lutte contre les Maladies Transmissibles
			2.3.5. Accentuer la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
			2.3.6. Renforcer la lutte contre les Maladies Non Transmissibles
			2.3.7. Améliorer l'offre de soins projetée, à travers les stratégies foraines et avancées, mais aussi les campagnes de masse
2.3.8. Poursuivre la prise en charge de la malnutrition avec des axes de travail clef sur la simplification des protocoles et la décentralisation			
2.3.9. Poursuivre la stratégie CPS, l'évolution du nombre de rounds de distribution, l'introduction du vaccin et les distributions de MILDA			

		<p>2.3.10. Assurer la disponibilité permanente en médicaments et produits de prise en charge des cas tout en maintenant l'effort du renforcement de la formation continue des prestataires</p>
		<p>2.6.1. Analyser la pertinence et la faisabilité, et le déploiement d'éventuels pilotes, pour évaluer la pertinence et la faisabilité de structures de santé médicalisées</p>
		<p>2.6.2. Renforcer la fonctionnalité des structures de référence intermédiaire (centre de santé médicalisé), de première et de seconde référence</p>
		<p>2.6.3. Généraliser les bonnes pratiques déployées dans certains DS, notamment la mobilisation de financement communaux pour l'entretien et la réparation des véhicules, la mobilisation de notables pour l'achat de véhicules ou le paiement des chauffeurs, la levée de contributions villageoises au moment des récoltes</p>
	<p>2.2. Renforcement des plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux</p>	<p>2.2.1. Améliorer les plateaux techniques des formations sanitaires</p>
		<p>2.2.2. Mettre à profit la technologie de l'information et de la communication telle que l'utilisation du dossier médical informatisé</p>
		<p>2.2.3. Utiliser la télémédecine pour faire bénéficier aux usagers de l'expertise qui n'est pas toujours disponibles dans leur milieu de vie, mais aussi pour renforcer les compétences locales</p>
		<p>2.2.4. Mettre en place un programme de maintenance soutenue des infrastructures sanitaires et sociales et équipements existants</p>
	<p>2.3. Amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé</p>	<p>2.3.1. Renforcer la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences</p>
		<p>2.3.2. Recruter le personnel nécessaire et doter les structures selon les normes RHS en priorisant les zones rurales</p>
		<p>2.3.3. Renforcer les mécanismes de rétention des personnels de santé et des relais communautaires,</p>
		<p>2.3.3. Améliorer la qualité des formations initiale et continue</p>
		<p>2.3.5. Détecter, renforcer, accompagner le développement du personnel pour former les cadres de demain</p>

		2.3.6. Mettre à jour le Plan de développement des RHS et de développer les comptes nationaux des RHS
		2.3.7. Développer le progiciel pour améliorer la gestion prévisionnelle des RHS
		2.3.8. Valider et diffuser les fiches de poste et les procédures de gestion des RHS
		2.3.9. Concevoir, diffuser et faire signer une charte des personnels de santé
		2.3.10. Favoriser le remplacement des personnels et accroître la densité des RHS
		2.3.11. Favoriser l'équité dans la répartition spatiale des RHS
		2.3.12. Inscrire les RHS dans des logiques d'évaluation des performances collectives et individuelles
		2.3.13. Promouvoir le personnel compétent et les initiatives / innovations
		2.3.14. Renforcer de la gouvernance du secteur pharmaceutique
		2.3.15. Renforcer la chaîne d'approvisionnement
		2.3.16. Promouvoir les médicaments traditionnels améliorés dans le système de soins de santé
		2.3.17. Promouvoir et développer l'industriel pharmaceutique
		2.3.18. Elaborer une stratégie nationale de la qualité des soins
		2.3.19. Relancer l'approche d'assurance qualité (AQ, Collaboratifs, RRI...) et bonnes pratiques
		2.3.20. Déployer les outils intégrés et dématérialisés d'aide au diagnostic, à la prescription et à la gestion des stocks, interopérables avec le DHIS2
		2.3.21. Mettre en place une démarche de contractualisation et d'accréditation des formations, sanitaires et de formation
	2.4. Renforcement de la gestion des épidémies et autres urgences sanitaires	2.4.1. Renforcer la résilience du système de santé
		2.4.2. Assurer la continuité des services de santé au cours des prochaines urgences sanitaires.
		2.4.3. Appuyer les équipes d'investigation et de riposte

			2.4.4. Renforcer la capacité d'accueil et de prise en charge des urgences conformément aux normes des services de réanimation et la décentralisation du SAMU
			2.4.5. Définir et mettre en œuvre des stratégies, normes et protocoles harmonisés et mettre en place un système de coordination/collaboration à tous les niveaux
			2.4.6. Former et déployer des RH en qualité et en quantité
			2.4.7. Mettre en place un système efficace et coordonné de régulation des urgences dans les hôpitaux/maternités
			2.4.8. Mettre en place de stratégies de gestion des urgences au niveau communautaire
			2.4.9. Suivre et évaluer les performances des services des urgences
			2.4.10. Renforcer la collaboration avec les autres secteurs (Sapeurs-Pompiers et secteur privé) pour la gestion des urgences et catastrophes
Axe 3 : Renforcement de la protection sanitaire et sociale de la population générale et des groupes vulnérables et à besoins spécifiques en particulier	Programme 3 : Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables	3.1. Amélioration de l'autonomisation des groupes vulnérables	3.1.1 Renforcer les centres socio-économiques pour personnes handicapées
			3.1.2 Créer des opportunités économiques aux groupes vulnérables
		3.2. Réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux	3.2.1. Entreprendre des actions pour la mobilisation sociale et de sensibilisation des populations
			3.2.2. Mobiliser les outils de sensibilisation traditionnels
			3.2.3. Multiplier les séries de campagnes publiques multimédias sur les axes prioritaires du PDSS
			3.2.4. Accompagner les populations en ce qui concerne la réduction des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux de base
			3.2.5. Mettre en œuvre des plans intégrés de communication à tous les niveaux, la mobilisation et l'organisation des communautés en structures de masse
			3.2.6. Augmenter la demande des services de santé et sociaux de base

		3.2.7. Promouvoir la santé pour l'adoption des comportements favorables à la santé tels qu'une alimentation saine, la pratique de sport, etc.
		3.2.8. Mettre en œuvre le monitoring communautaire des activités dans un souci de redevabilité
	3.3. La réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux et la mise en place/promotion des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à la maladie	3.3.1. Mettre en place des mécanismes de financement innovants en cas de besoin pour mobiliser les fonds nécessaires
		3.3.2. Cibler les bénéficiaires de l'assistance médicale
		3.3.3. Mettre en place un registre unique des indigents avec la participation des collectivités locales
		3.3.4. Solder les arriérés de la gratuité
		3.3.5. Opérationnalisation de l'INAM aux différents niveaux
		3.3.6. Définir les modalités de fonctionnement et des procédures de mise en œuvre des fonctions clefs de l'achat stratégique et de l'articulation au sein de l'INAM des approches de gratuité, de FBR et d'assurance
		3.3.7. Conventionner les structures
		3.3.8. Réviser les tarifs de recouvrement des coûts
		3.3.9. Mobiliser l'Etat et les PTF pour financer la convention d'objectifs et de moyens de l'INAM
	3.4. La promotion des droits des groupes vulnérables aux services de santé et sociaux	3.4.1. Contribuer au renforcement la législation relative à la protection sociale
		3.4.2. Veiller à l'application de la réglementation sur le quota en matière d'emploi au sein du MSP/P/AS
		3.4.2. Renforcer la participation des groupes vulnérables dans les différents cadres de prise de décision,
		3.4.3. Prendre en compte systématiquement les besoins spécifiques des groupes vulnérables dans les politiques, programmes et projets de développement
		3.4.4. Renforcer l'inclusion des personnes handicapées

			3.4.5. Renforcer les mécanismes de prise en charge sociale et sanitaire des groupes vulnérables dans les formations sanitaires et sociale publiques et privées.
Axe 4 : Amélioration de la maitrise de la fécondité	Programme 4 : Amélioration de la maitrise de la fécondité	4.1. Renforcement des capacités des leaders d'opinion sur les questions de population	4.1.1. Poursuivre des actions de sensibilisation à l'endroit des différents acteurs sur les questions de population y compris le dividende démographique
			4.1.2. Développer davantage les outils de communication sur les questions de population y compris le dividende démographique
			4.1.3. Renforcer la communication pour un changement social et comportemental en faveur d'une transition démographique
		4.2. Amélioration de la prise de conscience sur les enjeux de la maitrise de la fécondité par les populations	4.2.1. Renforcer la sensibilisation sur les pesanteurs socio- culturelle
			4.2.2. Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes et surtout des jeunes notamment les élèves et les étudiants, les adolescentes déscolarisées et non scolarisées
			4.2.3. Renforcer l'utilisation des services PF
		4.3. Amélioration de l'offre et de l'accès aux services de PF	4.3.1. Augmenter la couverture en offre des services PF en développant des stratégies en foraines et en mobile
			4.3.2. Renforcer les capacités opérationnelles des formations sanitaires en offre de planification familiale
			4.3.3. Renforcer les stratégies communautaires (la distribution à base communautaire, l'auto soins y compris le DMPA-SC...) et l'approvisionnement régulier en produits contraceptifs.

Annexe 11 : Bilan de mise en œuvre des réformes du PDS 2017-2021

Titre de la réforme	Justifications Objectifs/ Définition	Description / Principales Etapas	Structure responsable	Niveau de mise en œuvre 2017- 2022	Résultats	Défis / Perspectives	Délais de mise en œuvre des étapes restantes
<p>Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (CSU)</p>	<p>Au Niger depuis les années 90, début de l'ajustement structurel, le secteur de la santé fait face à une privatisation et une réduction des budgets alloués au secteur, entraînant du coup une incohérence entre le système de la santé et les valeurs d'équité, d'efficacité, d'efficience de solidarité et même de redevabilité. Aussi, le Ministère de la Santé Publique tente-t-il d'y remédier en menant plusieurs réformes parmi lesquelles la stratégie de Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette stratégie s'appuie sur trois (3) piliers à savoir : L'offre des soins et services de santé de qualité, La</p>	<p>Elaboration de la Stratégie CSU; Elaboration de sa Feuille de Route de Stratégie; Elaboration de sa Stratégie de communication; Elaboration d'un Plan pluriannuel de la stratégie de communication.</p>	<p>Direction des Etudes et de la Programmation</p>	<p>Etape d'élaboration du plan pluriannuel de la Communication CSU</p>	<p>Stratégie CSU élaborée; La Feuille de Route de la Stratégie CSU élaborée; Stratégie de communication CSU élaborée</p>	<p>De La mise en œuvre de la stratégie CSU à travers sa feuille de route</p>	<p>La stratégie CSU est Elaborée pour la période 2021-2030</p>

	<p>protection financière des usagers, Et les déterminants de la santé. L'objectif général de la Stratégie Nationale CSU est de permettre à la population Nigérienne d'accéder aux soins et services de santé de qualité et promouvoir le bien être à tous et à tout âge.</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Financement Basé sur les Résultats</p>	<p>Le FBR se définit comme une approche de réforme du système de santé, axée sur les résultats, qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle. L'objectif général du FBR est de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé.</p>	<p>Etude de faisabilité; Test pilote en 2015-2016 à Boboye; mise à échelle progressive (démarrage dans les régions de Tillabéri et Dosso avec ENABEL et KFW, et bientôt Maradi et Zinder avec la Banque mondiale).</p>	<p>Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats rattachée à la DEP</p>	<p>Tous les 13 Districts de la région de Tillabéri et le District de Gaya dans la région de Dosso mettent en œuvre une approche de réforme FBR.</p>	<p>Augmentation du taux d'utilisation des services; des soins curatifs; des accouchements assistés; la satisfaction des populations...</p>	<p>Extension de l'approche FBR aux régions de Zinder et Maradi en perspective. Défi: le Décret instituant le FBR au Niger</p>	<p>Progression de la mise en œuvre du FBR dans tout le Pays d'ici les 5 ans à venir</p>
--	---	--	---	---	--	---	---

<p align="center">Renforcement de l'information sanitaire</p>	<p>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; Actualiser les outils de collecte des données en vue de réduire la fragmentation et la multiplication des outils actuellement observées sur le terrain. Ces outils prendront en compte les besoins du sous-secteur privé; Renforcer la retro-information qui permettra d'alimenter les tableaux de bord au niveau du cabinet du Ministre, du Secrétariat Général, des</p>	<p>Mise à jour des outils du SNIS de sorte que l'application prenne en compte les informations essentielles pour la gestion des structures sanitaires; La multitude et la complexité des outils du SNIS constituent l'une des causes de la faible qualité des données, constat des enquêtes (PRISM 2024, DQR 2015 et 2019, Spot check 2018) sur la performance du SNIS. L'une des recommandations de ces enquêtes était la simplification des outils pour ne retenir que l'essentiel pour une gestion de routine. Il fallait donc, mettre à jour les outils du SNIS de sorte que l'application prenne en compte les informations essentielles pour la gestion des</p>	<p align="center">DIRECTION DES STATISTIQUES</p>	<p align="center">Réalisé</p>	<p>- Le DHIS2 a été adopté, développé et rendu fonctionnel en 2016</p>	<p>Le besoin en information est un processus dynamique avec apparitions de nouveaux besoins et l'obsolescence d'autres.</p>	<p>Même si c'est réalisé, c'est un processus continu; Non applicable, même si le plan stratégique a prévu une actualisation tous les trois ans; Non applicable, il faut néanmoins sensibiliser en continue les responsables pour l'utilisation des données de routine; 2023</p>
--	---	---	--	-------------------------------	--	---	---

différentes
Directions
Générales, des
directions
techniques et des
services
déconcentrés;
Développer et
interconnecter les
réseaux de collecte
des données.

structures
sanitaires; Il s'agit
ici de définir des
tableaux de bords
sur le DHIS2 par
programme pour
permettre aux
décideurs de
prendre en action;
Favoriser
l'interopérabilité
entre différentes
Bases de données



Aussi, assurer la
retro information
pour tous les
niveaux

- 2016 – 2017 :
saisie au niveau
CSE avec 3
rapports :
vaccination,
nutrition et MDO

L'élaboration du plan
stratégique du SNIS
en 2022 poursuivra
cet objectif du PDSS;
Le défi est le désir
ardent des PTF à
mettre en place des
outils parallèles dans
les FS

- à partir de 2018 : saisie au niveau des CSI et de certains établissements de santé privés prenant en compte tous les formulaires; 'les outils (Hard et Soft) ont été actualisés, intégrés (suppression des outils parallèles) et simplifiés en 2020.

'- Le tableau de bords DHIS2 automatisé qui affiche les indicateurs clés du PDS et des programmes a été développé et fait l'objet de plusieurs sessions de formations pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les agents ont été formés à son utilisation et à sa personnalisation selon les besoins.

'L'interopérabilité est effective avec la carte sanitaire. Elle est en cours avec les applications suivantes :

- progiciel DRH
- Mhealth

- Perspectives : mise à jour des outils tous les trois ans ; La timidité de l'utilisation du DHIS2 par les responsables est inquiétante. Beaucoup n'ont plus ouvert le DHIS2 depuis leur formation;

'Perspectives : poursuivre l'interopérabilité

					<p>- La DS publie chaque année un annuaire des Statistiques et des bulletins trimestriels. Les outils actualisés prennent en compte le secteur privé avec sa spécificité</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Développement d'une approche communautaire intégrée</p>	<p>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. Les différentes évaluations des PDS 2011-15, 2017-2021; une étude sur les goulots d'étranglements au dialogue communautaire de 2013 et l'analyse de la situation de la santé communautaire de 2018, font ressortir</p>	<p>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</p>	<p>DIRECTION SANTE COMMUNAUTAIRE</p>	<p>La réforme a trois composantes : Première composante: document de développement du nouveau Paquet Minimum d'Activités de la Case de Santé (PMA/CS). Le document a été validé en 2012, vulgarisé, et suivi et évalué et internalisé par les Districts Sanitaires; Deuxième composante: Stratégie Nationale de Participation Communautaire en matière de santé au Niger. Document adopté en Conseil des Ministres par décret N° 2017-541/PRN/MSP du 30 Juin 2017. Document vulgarisé, mis en œuvre. La vulgarisation sera renforcée en 2022. Une évaluation est prévue en 2022 et éventuellement la révision; Troisième composante: Plan</p>	<p>Déploiement des relais communautaires (Rcom) dans les 72 Districts Sanitaires du Pays; 5750 Relais Communautaires formés sur le nouveau moule intégré ; 9009 Relais Communautaires formés sur la riposte communautaire à la COVID-19; 4% des enfants malades du paludisme sont pris en charge par les Relais; 15% des enfants malades de la diarrhée sont pris en charge par les Relais; 16% des enfants malades de la pneumonie sont pris en charge par les Relais; 489 cadres de la santé formés sur le nouveau module intégré en vue d'assurer le suivi des Relais Communautaires; Une cartographie avec géolocalisation des Relais Communautaires réalisée en 2021 qui a dénombré 25 788 Relais; 156505</p>	<p>(i) couverture du pays en Rcom (iv) Renforcement du système de surveillance au niveau communautaire; Financement du PSNSC 2019-2023 (disposer d'un dossier d'investissement en santé communautaire); La disponibilité des médicaments et autres intrants auprès des Rcom. Fidélisation des Relais Communautaires.</p>	<p>Fin 2023</p>
---	--	--	--------------------------------------	---	--	--	-----------------

des faiblesses liées à :

La gouvernance de la santé communautaire;
La qualité des prestations;

Stratégie National Santé Communautaire (PSNSC) 2019-2023. Le Plan a été validé en novembre 2019; Un plan opérationnel a été élaboré avec analyse de GAP.

ménages visités par les Relais; 4 263 malades tuberculeux suivis par les Relais ; 265 543 enfants orientés pour la vaccination; 393 301 femmes orientées pour la PF ; 97 969 enfants orientés pour l'enregistrement à l'état civil, 2 256 membres de COGES formés sur la participation communautaire; Développement du système d'Information Sanitaire Communautaire (SISC) : intégration des données communautaires au DHIS2 et digitalisation de la santé communautaire (Mhealth, Medicmobil);

	La couverture géographique en Relais Communautaires; Le financement de la santé communautaire; Les capacités du système à supporter la mise en œuvre des interventions en santé communautaire Etc.						
--	---	--	--	--	--	--	--

<p>RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE DES STRUCTURES CLES DE LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT</p>	<p><u>Justifications:</u> les différentes évaluations faites sur le système d'approvisionnement (audit organisationnel et fonctionnel du MSP, étude sur la chaîne d'approvisionnement, évaluation du système national de réglementation pharmaceutique, auto-évaluation des fonctions réglementaires) ont montré la faiblesse de la gouvernance et du leadership dans la chaîne d'approvisionnement, l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité, l'inadéquation du cadre réglementaire</p> <p><u>Objectifs:</u> mise en place d'un cadre réglementaire adéquat, des procédures, des instances adaptées pour une bonne coordination du système</p>	<p>les principales étapes suivies ont été: (i) évaluation du système notamment l'évaluation du système national de réglementation pharmaceutique, auto-évaluation des fonctions réglementaires ; (ii) des activités prioritaires ont été dégagées avec un budget et un chronogramme de mise en œuvre ; (iii) planification des activités dans le stratégique d'approvisionnement 2019-2023; (iv) tenue d'une table ronde pour le financement du plan; (v) planification des activités dans le plan d'action annuelle de la DPH/MT</p>	<p>Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT)</p>	<p>En cours de mise en œuvre</p>	<p>(i) mise en place d'instances adaptées pour une bonne coordination du système: adoption du décret portant création de l'Agence Nigérienne de Réglementation du secteur Pharmaceutique (ANRP), mise en place des comités de la chaîne d'approvisionnement (comité technique, comité stratégique, comités sous régionaux) (ii) mise en place d'un cadre réglementaire adéquat : révision des textes législatifs et réglementaires pharmaceutique en cours (adoption de la loi portant principes fondamentaux...) (iii) Elaboration/ratification de Politique, stratégies et documents de normes : validation du Plan Stratégique National d'Approvisionnement en 2019, adoption par décret d'une nouvelle Politique</p>	<p>(i) finalisation de la révision des textes réglementaires par l'adoption du décret d'application de la loi portant principes fondamentaux relatif à la pharmacie; (ii) opérationnalisation de l'ANRP; (iii) opérationnalisation des comités de la chaîne d'approvisionnement; (iv) élaboration du reste des documents de procédures et de normes; (v) évaluation des ressources humaines pharmaceutiques et mise en œuvre des recommandations issues de cette évaluation avec surtout le recrutement continu et la mise à disposition du personnel qualifié</p>	<p>(i): échéance 2023 (ii): échéance 2024 (iii): échéance 2024 (iv): échéance 2024 (v): échéance 2023 (pour l'évaluation) et 2026 pour la mise en œuvre des recommandations</p>
---	---	---	--	----------------------------------	--	--	---

					<p>Pharmaceutique Nationale (deuxième édition) (2021), ratification du traité de l'Agence Africaine du Médicament (2021), ratification de la convention Medicrime, élaboration d'un Plan de Développement Institutionnel (2021) issu de l'auto-évaluation des fonctions réglementaires pharmaceutiques , élaboration de manuels de procédures et aide-mémoire SIGL (2018), manuels de procédure d'approvisionnement (2020) , manuel de quantification (2020) , guide de bonne pratique de stockage et de distribution (2021). (iv) recrutement et affectation des ressources humaines pharmaceutiques au niveau des régions depuis 2017</p>	
--	--	--	--	--	---	--

<p>DISTRIBUTION AU DERNIER KILOMÈTRE</p>	<p><u>Justifications:</u> les différentes évaluations faites sur le système d'approvisionnement (audit organisationnel et fonctionnel du MSP, étude sur la chaîne d'approvisionnement, évaluation du système national de réglementation pharmaceutique, auto-évaluation des fonctions réglementaires) ont montré un manque généralisé de médicaments au dernier kilomètre avec de fortes disparités de situation selon le type de médicament et la région. Cette analyse a révélé 5 principaux goulots d'étranglement: 1. La présence de chaînes de distribution parallèles non coordonnées créant une dilution des responsabilités à chaque niveau et rendant difficiles le contrôle et la traçabilité des flux</p>	<p>les principales étapes suivies ont été: (i) évaluation du système notamment l'étude sur la chaîne d'approvisionnement ; (ii) organisation d'un atelier national au cours duquel un modèle a été retenu; (iii) élaboration et validation d'une note conceptuelle qui a intégré un deuxième modèle avec trois phases (conceptualisation, mise en œuvre et évaluation), mise en œuvre de deux pilotes dans trois régions (2021), réalisation d'une revue à mi-parcours (2021), évaluation en cours des deux pilotes (septembre-octobre 2022)</p>	<p>Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT)</p>	<p>En cours de mise en œuvre</p>	<p>(i) validation d'une note conceptuelle pour la réalisation de deux modèles pilotes dans trois régions (avec une phase de mise en œuvre d'un an) ; (ii) réalisation d'une revue à mi-parcours , (iii) tenue de deux réunions d'échange au niveau central sur la mise en œuvre des pilotes, renforcement des capacités (logistique, technique et en RH) logistiques de l'ONPPC, (iv) tenue de plusieurs missions d'appuis et de supervision de la mise en œuvre du pilote, (v) évaluation finale des deux pilotes (en cours)</p>	<p>(i) validation de l'évaluation des deux pilotes ainsi que de la feuille de route pour la mise à l'échelle ; (ii) élaboration d'un plan de distribution harmonisé; (iii) budgétisation du plan; (iv) mise à l'échelle du plan de distribution au dernier kilomètre; (v) poursuite de la restructuration de l'ONPPC</p>	<p>(i): échéance 2023 (ii): échéance 2024 (iii)/(iv)/(v) : échéance 2026</p>
---	--	--	--	----------------------------------	---	--	--

de médicaments;
2. Le manque de fonds de roulement des différents établissements de santé publique affectant l'approvisionnement en médicaments;
3. Le manque de qualification du personnel en charge de gérer les stocks de médicaments à tous les niveaux;
4. L'inefficacité du système de supervision qui ne permet pas de s'assurer de l'application des processus;
5. La situation de l'ONPPC, avec des problèmes de gestion, des capacités financières qui ne suffisent pas à assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques et des délais de livraisons supérieurs à ceux attendus par les PTF.
Objectifs: Equité dans la distribution des produits de

santé en couvrant
l'ensemble du
territoire national

<p>SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION LOGISTIQUE (SIGL)</p>	<p><u>Justifications:</u> les différentes évaluations faites sur le système d'approvisionnement (audit organisationnel et fonctionnel du MSP, étude sur la chaîne d'approvisionnement, évaluation du système national de réglementation pharmaceutique, auto-évaluation des fonctions réglementaires) ont montré (i) une multiplicité des outils de gestion de stock; (ii) une multiplicité de système de remontée des informations sur le stock; (iii) les quantités distribuées ne tiennent pas compte des données de consommation (non-disponible); (iv) la distribution réelle de médicaments aux patients n'est pas rapportée; (v) les données relatives aux pertes, durée d'une rupture de</p>	<p>Les principales étapes suivies ont été: (i) évaluation du système notamment l'étude sur la chaîne d'approvisionnement, évaluation du SIGL ; (ii) élaboration et validation d'un nouveau design du SIGL avec des activités et un chronogramme de mise en œuvre ; (iii) planification des activités dans le stratégique d'approvisionnement 2019-2023; (iv) tenue d'une table ronde pour le financement du plan; (v) planification des activités dans le plan d'action annuelle de la DPH/MT</p>	<p>Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT)</p>	<p>En cours de mise en œuvre</p>	<p>(i) validation d'un nouveau design du SIGL avec les documents suivants: Manuels de procédures standardisées (définition d'un circuit de remontée des données logistique avec des délais à tous les niveaux) et Aide-mémoire par niveau de soins et des supports de gestion de stock (Cahier de Consommation, Fiche de Stock, Rapport de Consommation/Bon de Commande/Livraison, Note de Transfert /Retour, Bon de Commande d'Urgence) (ii) Reprographie et mise en place de outils à tous les niveaux ; (iii) Harmonisation et mise à jour des données logistiques à recueillir sur le DHIS2 (avec les produits traceurs et les indicateurs clés); (iv) Formation des acteurs à tous les niveaux (Formation d'un pool de maîtres</p>	<p>(i) poursuite de la supervision formative à tous les niveaux, (ii) mise en place d'un programme de formation pour les acteurs à tous les niveaux, (iii) définition des rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux, (iv) passage au SIGL</p>	<p>(i): échéance 2026 (ii): échéance 2026 (iii): échéance 2023 (iv) : échéance 2026</p>
---	--	---	--	----------------------------------	---	---	---

stock ne sont pas rapportées; (vi) faible remplissage des supports de gestion de stock au niveau des formations sanitaires; (vii) impossibilité de mesurer et de maîtriser le délai de livraison réel ou les indicateurs de performance comme le gaspillage/la péremption ou les ruptures de stock. etc.
Objectifs: mise en place d'un système de traçabilité, de transparence et de redevabilité dans la gestion des produits de santé

formateurs; mission d'orientation des responsables régionaux et des districts, Formation des gestionnaires de stock jusqu'au niveau CS); (v) Suivi de la mise en œuvre à tous les niveaux (supervision/coaching de l'ensemble des formations sanitaires du pays, restitution nationale des résultats des supervisions avec une feuille de route pour la mise en œuvre des engagements pris par les parties prenantes, supervision de la DGSP et du SG sur le SIGL)

<p>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</p>	<p>Objectif: Améliorer les performances du système de santé au niveau des Districts Sanitaires par:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La régularité des supervisions des formations sanitaires par les Equipes Cadres de District; - L'amélioration des différents indicateurs sanitaires; - L'amélioration de la qualité des soins. 	<p>La réforme concerne les régions de DOSSO (Doutchi, DS Dosso), MARADI (Dakoro, Mayahi), TAHOUA (Birni N'Konni, DS Tahoua), TILLABERI (Filingué, Kollo, Ouallam, Téra, DS Tillabéry) et ZINDER (Magaria, Mirriah, Tanout) avec au total 388 CSI bénéficiaires</p>	<p>DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS</p>	<p>Elaboration d'un plan d'opérationnalisation des DS;</p> <p>Construction progressive des Hôpitaux de District</p> <p>A ce jour 4 hôpitaux de District ont été réalisés au niveau des nouveaux districts: Gothèye, Bankilaré, Bagaroua et Damagaram Takeya</p> <p>Prospection de nouveaux mécanisme de financement pour la réalisation des HD</p> <p>La classification des 72 DS en fonction de la disponibilité ou non des composantes du DS, se présente comme suit :</p> <p>35 DS disposent de toutes les composantes : CS, CSI, ECD et HD avec bloc opératoire</p>	<p>Résultats obtenus (Niveau de la réforme)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 DS sur les 14 gros DS identifiés ont fait l'objet de redécoupage; - 30 Nouveaux DS créés tous fonctionnels; - 72 DS fonctionnels au total - Equipes managériales en place dans tous les DS; 	<p>Malgré la création des nouveaux DS calqués sur le découpage administratif, le problème de certains gros DS demeure;</p> <p>Mise en œuvre de l'option de redécoupage retenue: la scission du District Sanitaire en deux ou plusieurs DS</p> <p>PRINCIPE: Mise en place de toutes les composantes du District Sanitaire: Equipe Cadre de District (ECD) et Hôpital de District (HD)</p> <p>RECOMMANDATION S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au MSP/P/AS Faire de la fonctionnalité des DS une priorité dans la mise en œuvre du PDS 2022-2026 Prospecter de nouveaux mécanisme de financement pour la réalisation des HD - Aux PTF Poursuivre l'accompagnement pour rendre
---	--	--	--	---	---	--

				<p>fonctionnel soit 49%;</p> <p>2 DS avec les mêmes composantes mais dont l'HD n'est pas doté de bloc opératoire ;</p> <p>1 avec HD construit non encore fonctionnel</p> <p>34 DS ne disposent pas encore d'HD.</p>		<p>fonctionnel tous les DS;</p>	
--	--	--	--	---	--	---------------------------------	--

Elaboration d'une stratégie nationale pour l'inclusion des personnes handicapées	Faciliter aux personnes handicapées la pleine intégration et participation au développement socioéconomique du pays au même titre que les autres membres de la société.	Recrutement d'un consultant; Atelier de finalisation du draft; Atelier de validation ; Vulgarisation	DPPH/IS	Document de stratégie élaboré et vulgarisé	Disponibilité financière	2023 - 2026	
Edition de la carte d'égalité des chances aux personnes handicapées	Faciliter aux personnes handicapées l'accès aux services sociaux sur la base de l'égalité avec les autres.	Mise en place du Comité Adh'oc; Atelier d'élaboration de la carte; Atelier de validation; Multiplication de la carte; Vulgarisation	DPPH/IS		Carte éditée et vulgarisée	Financement acquis; Etre personne handicapée	2022-2026
Acquisition des appareillages pour personnes handicapées	Assurer la mobilité personnelle des personnes handicapées en vue de leur autonomisation	Réception des matériels; Mise en place du Comité de réparation par région; Dispatching des matériels en région; Suivi de l'utilisation de l'appareillage	DPPH/IS		Appareillage disponible	Financement acquis	2022 - 2026

<p>L'élaboration d'un document de normes et protocoles de prises en charge des personnes âgées ;</p>	<p>L'élaboration de ce document, s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des besoins spécifiques des personnes âgées. Son objectif est de contribuer au renforcement des capacités des agents des formations sanitaires et autres services sociaux dans la prise en charge médico-sociale des Personnes Agées.</p>	<p>Le recrutement du consultant, l'élaboration du document; la validation; l'adoption; la vulgarisation et la mise en application,</p>	<p>DPPA</p>		<p>Un document de normes et procédures de prise en charge des Personnes Agées (PA) élaboré et disponible.</p>	<p>Le contenu de ces 2 documents finaux s'applique à toute personnes âgées de 65 ans et plus vivant en territoire nigérien et faisant face à des difficultés ou être dans l'incapacité de se prendre en charge. Le délai primordial est surtout l'amélioration de la qualité de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées.</p>	<p>Applicable dès la finalisation et l'adoption du document.</p>
---	---	--	-------------	--	---	---	--

<p>L'élaboration d'une Stratégie Nationale Protection des Personnes Agées (SNPA) ;</p>	<p>De même que le document des normes, l'élaboration d'un document de stratégie de protection des personnes âgées, permet d'avoir une référence légale dans la promotion et la protection des droits des personnes âgées. L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de la promotion et la protection des droits des personnes âgées</p>	<p>La mise en place d'un comité technique, l'enrichissement du document, l'atelier de validation, la finalisation, l'adoption et la vulgarisation du document.</p>	<p>DPPA</p>		<p>Le Niger dispose d'une stratégie nationale pour la promotion et la protection des droits des personnes âgées</p>		
---	---	--	-------------	--	---	--	--