

RAPPORT TECHNIQUE

L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ AU NIGER

(traduit de l'anglais)

**Marc-Francois Smitz,
Loredana Luisa Horezeanu,
Laurence Lannes
& Patrick Eozenou**

20 mai 2022



À PROPOS DU RAPPORT

Ce rapport illustre les efforts de l'équipe projet dans la diffusion des connaissances en appui à l'élaboration des politiques de santé au Niger. Ce travail est le produit d'une équipe Santé Nutrition et Population (HNP) d'Afrique de l'Ouest. Les résultats, les interprétations et les conclusions exprimés dans ce travail sont entièrement ceux

de l'auteur ou des auteurs et ne doivent pas être interprétés comme des opinions personnelles ou être attribuée de quelque manière que ce soit à la Banque mondiale, à ses organisations affiliées, aux membres de son Conseil d'administration ou aux pays qu'ils représentent.

REMERCIEMENTS

Ce document a été préparé par Marc-Francois Smitz (consultant et auteur principal) et Loredana Luisa Horezeanu (consultante) sous la direction générale des économistes principaux de HNP et des chefs d'équipe Laurence Lannes et Patrick Eozenou. Ce travail a été financé par la Banque mondiale dans le cadre de l'assistance technique sur la santé et des réformes des finances publiques pour une meilleure prestation de services au Niger. Les auteurs remercient l'ensemble de l'équipe du projet et les collaborateurs, notamment Cedric Ndizeye (spécialiste santé de la Banque mondiale), Blaise Ehowe Nguem (économiste pays de la Banque mondiale) et Samia Laokri (économiste santé senior), pour leur contribution, leurs discussions et leur soutien précieux. Les auteurs remercient le Mécanisme de Financement Mondial (GFF) pour la supervision et la révision. Ce travail a bénéficié de l'excellente révision de Guillaume Musel et Laura MacMahon de Pi COMM.

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

• **Marc-Francois Smitz (Consultant)**
msmitz(a)worldbank.org

or

• **Santé, nutrition et population (HNP) Pratique globale**
www.worldbank.org/health
@WBG_Health
blogs.worldbank.org/health
askhnp(a)worldbank.org

Citation recommandée

Smitz MF, Horezeanu L., Lannes L. et Eozenou P. (20 mai 2022), Équité en santé au Niger, HNP rapport technique. Banque mondiale, Washington DC
© 2022 La Banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale
1818 H Street, NW Washington, DC 20433
Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	4
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	5
1. INTRODUCTION	6
1.1. Contexte du système de santé du Niger	6
1.2. La pauvreté et l'inégalité économique au Niger	7
2. LES DISPARITÉS DANS LES RÉSULTATS DE SANTÉ	8
2.1 Indicateurs de santé de l'enfant	8
2.2 Inégalités en matière de santé et de comportement des adultes	10
3. LES DISPARITÉS DANS L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	12
3.1. Utilisation des services de santé en milieu hospitalier et ambulatoire	12
3.1.1. L'inégalité d'utilisation des services de santé hospitaliers et ambulatoires au Niger	12
3.1.2. Tendances de l'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires au Niger	12
3.1.3. Comparaison internationale de l'utilisation des services d'hospitalisation	14
3.2. Inégalité dans l'utilisation des services SRMNI au Niger	14
3.2.1. Dernières estimations de l'utilisation de la SRMNI au Niger	14
3.2.2. Décomposition de l'inégalité dans l'utilisation des services SRMNI	14
3.2.3. Comparaison internationale de l'utilisation des services SRMNI	16
3.2.4. Tendances temporelle équité et niveau pour les indicateurs SRMNI	17
4. PROTECTION FINANCIÈRE DE LA SANTÉ	18
4.1 Dépenses catastrophiques de santé	18
4.2 Appauvrissement	18
5. ANALYSE DE L'INCIDENCE DES BÉNÉFICES	20
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	24
7. BIBLIOGRAPHIE	26

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Inégalités économiques au Niger : tendances et comparaison internationale	7
Figure 2: Inégalités en matière de santé des enfants : comparaison avec d'autres pays	9
Figure 3: Inégalité de l'utilisation des services hospitaliers	14
Figure 4: Décomposition de l'inégalité SRMNI	15
Figure 5: Indicateurs SRMNI : Comparaison internationale de leur inégalité et de leurs niveaux	16
Figure 6: Parade de Pen sur la distribution de la consommation des ménages et les dépenses de fonctionnement.	19
Figure 7: Hypothèse d'équivalence entre le coût des soins ambulatoires et celui des soins hospitaliers	21
Figure 8: Distribution cumulée des subventions totales et détaillées	22

LISTE DES TABLEAUX

Table 1: Inégalités dans la santé des enfants, Niger 2012	8
Table 2: Tendances des inégalités en matière de santé des enfants, Niger 2006-2012	9
Table 3: Inégalité dans la santé reproductive des adultes et des femmes, Niger 2012	10
Table 4: Inégalité des comportements en matière de santé, Niger 2012	10
Table 5: Utilisation des services de soins hospitaliers et ambulatoires au Niger, 2018	13
Table 6: Tendances en matière d'inégalité d'utilisation des services	13
Table 7: Inégalités dans les interventions de santé maternelle et infantile, Niger 2021	15
Table 8: Tendances de l'inégalité dans les interventions de santé maternelle et infantile	17
Table 9: Dépenses de santé catastrophiques	19
Table 10: Appauvrissement au Niger : 2011-2018	19
Table 11: Correspondance entre les CNS et l'EHCVM	20
Table 12: Inégalité de l'incidence des prestations	21

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

CPN	Consultation prénatale	HEFPI	Health Equity and Financial Protection Indicators (Base de données des indicateurs d'équité en santé et de protection financière)
IRA	Infection respiratoire aiguë	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
AIB	Analyse d'incidence des bénéfiques	PFR	Pays à faible revenu
IMC	Indice de masse corporelle	MS	Ministère de la santé
DALY	Espérance de vie corrigée de l'incapacité	CNS	Comptes nationaux de la santé
EDS	Enquête démographique et de santé	OOP	Dépenses directes des ménages
ECVMA	Enquête sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture	SRO	Sels de réhydratation orale
EHCVM	Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages	SRMNI	Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
ENAFEME	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des enfants	F CFA	Francs CFA
PF	Protection financière		

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La présente étude analyse plusieurs aspects de l'inégalité dans le système de santé : les résultats de santé, l'utilisation des services de santé, la protection financière (PF) et l'analyse d'incidence des bénéfiques (AIB). Elle utilise les enquêtes EDS/ENAFEME pour la santé (2006, 2012, 2021), et ECVMA/EHCVM (2011, 2018) pour la PF et l'AIB.

En ce qui concerne les résultats de santé, nous avons observé un gradient positif en fonction du statut économique (meilleure santé parmi le segment le plus riche de la population), mais légèrement inférieur à celui des autres pays de comparaison. Cependant, une analyse des tendances montre que les inégalités du Niger en matière de résultats de santé ont augmenté au cours de la dernière décennie. L'utilisation des services de santé est également concentrée dans le segment le plus riche de la population, avec un bond significatif pour le cinquième quintile (20% des plus riches). Si certains indicateurs tels que les consultations externes et l'accouchement assisté par du personnel qualifié ont évolué vers plus d'égalité, les soins hospitaliers restent inégalement répartis. La décomposition de l'inégalité d'accès montre que la richesse est un déterminant majeur.

Globalement, les dépenses de santé catastrophiques ont diminué au fil du temps, mais avec de forts contrastes : les dépenses de santé catastrophiques des trois quintiles inférieurs ont augmenté de manière significative, tandis que les deux déciles supérieurs ont considérablement réduit leur exposition aux dépenses de santé catastrophiques. La différence de dépenses de santé catastrophiques entre le quintile supérieur et le quintile inférieur est passée de 10,7 % à 2,5 % entre 2011 et 2018.

L'AIB montre que les subventions publiques profitent principalement à la population la plus riche. Cette inégalité est principalement alimentée par les soins de niveau hospitalier et les services aux patients hospitalisés, qui bénéficient d'importantes subventions publiques, tout en desservant une population appartenant majoritairement à la partie supérieure de la distribution économique.



1. INTRODUCTION

L'équité est depuis longtemps considérée comme un objectif important dans le secteur de la santé. L'équité en matière de santé est encore plus importante à comprendre et à combattre que d'autres formes d'inégalités. La répartition inégale du capital santé et de la richesse économique entraîne à la fois une moindre accumulation de capital humain et de faibles perspectives économiques pour les segments inférieurs de l'échelle sociale. Les inégalités en matière de santé infantile sont encore plus préoccupantes, car une mauvaise santé entrave l'accumulation de capital humain, entraînant à son tour la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Ce cercle vicieux maintient des segments de la population dans un piège de pauvreté, mettant en péril les objectifs de développement mondial visant à mettre fin à la pauvreté et à assurer une couverture sanitaire universelle à la population.

1.1. Contexte du système de santé du Niger

Le Niger est un pays à faible revenu situé dans une région semi-aride ou aride. La plupart de ses 24 millions de citoyens vivent de l'agriculture et de l'élevage et sont répartis de manière éparse sur un territoire très vaste. Il est donc difficile de fournir à la population des services tels que l'eau, l'électricité, les écoles ou les établissements de santé. On estime que la moitié de la population vit à plus de cinq kilomètres de l'établissement de santé le plus proche.

Le système de santé est organisé selon une pyramide à trois niveaux : chaque district sanitaire rend compte aux autorités sanitaires régionales, qui dépendent du ministère de la Santé (MS). Chacun des 72 districts dispose de postes de santé (2542 au total), de centres de santé intégrés (1092 au total) et parfois d'un hôpital de district (37 au total). Le niveau régional supervise les districts et fournit des services médicaux avancés dans chacun des hôpitaux régionaux ou des «centres de santé maternelle et infantile». Le niveau national supervise le niveau régional, collecte les données épidémiologiques, mène des recherches et fournit des soins avancés dans l'hôpital national¹. Plus de 90% des établissements de santé sont publics². Selon les comptes nationaux de la santé, le financement du Niger se répartit entre les dépenses personnelles (46 % des dépenses de santé), les transferts directs étrangers (2

%, mais probablement sous-estimés³) et les dépenses de santé publique gérées par le gouvernement (50 %). Ces dernières sont financées à 70 % par des recettes intérieures et à 30 % par des aides extérieures inscrites au budget, provenant principalement d'un fonds commun appelé Fonds Commun Santé qui canalise les aides de diverses entités. Un déséquilibre important entre les zones rurales et urbaines caractérise l'offre publique et privée de services de santé au Niger : les structures urbaines disposent d'un plus grand nombre d'agents de santé (75 % des agents de santé sont en zone urbaine⁴), qui sont également plus qualifiés et ont des taux d'absentéisme plus faibles⁵, plus de matériel (77,2 % contre 33,2 %, 2015) et de médicaments disponibles (60,5 % contre 49,5 %)⁶.

Le Niger compte moins d'agents de santé pour 10 000 habitants que la plupart des autres pays (0,44) et se situe bien en-dessous de la recommandation minimale de 2,2 de l'Organisation Mondiale de la Santé. D'autre part, le Niger compte 1,9 lit d'hôpital pour 10 000 habitants, ce qui est plus proche de la moyenne des pays à revenu moyen inférieur. L'étude sur les indicateurs de prestation de services (2015) a révélé que les lits d'hôpitaux étaient sous-utilisés.

Cela suggère que l'allocation des ressources n'est pas optimale et que certains gains d'efficacité pourraient être obtenus en améliorant l'accès aux services de santé à une plus grande partie de la population. La Revue des dépenses publiques 2020⁷ a utilisé une analyse de frontière stochastique pour comparer les performances du système de santé du Niger. Le résultat a indiqué que, compte tenu du montant dépensé pour les soins de santé, l'espérance de vie au Niger pourrait augmenter de 4 années supplémentaires si le Niger dépensait aussi efficacement que les nations africaines comparables. Inversement, les dépenses par habitant pourraient être inférieures de 11% pour l'espérance de vie actuelle.

Les dépenses de santé actuelles du Niger sont principalement consacrées aux produits médicaux. En proportion des dépenses de santé actuelles, les services curatifs au Niger sont deux fois moins importants que dans les autres PFR. Le budget curatif relativement faible est principalement consacré aux services hospitaliers, qui absorbent 49% des dépenses curatives totales et ne desservent qu'une petite partie de la population. Bien que les soins de santé primaires soient plus rentables et équitables,

ils n'ont pas reçu la priorité qu'ils auraient pu avoir (66% des dépenses de santé actuelles, au lieu de 69% pour d'autres pays similaires). Le secteur préventif (vaccination, surveillance, préparation) est également proportionnellement moins financé au Niger (13,5 % des dépenses courantes de santé) que dans la région subsaharienne et les autres pays à faible revenu (16 %), alors que la vaccination fait partie des investissements les plus rentables en matière de santé.

Les disparités de financement, dirigées dans une large mesure vers des formations sanitaires de niveau supérieur desservant une proportion relativement faible de la population, sont probablement liées aux disparités observées dans la disponibilité et la qualité des services entre les zones urbaines et rurales, qui sont également corrélées positivement avec la richesse et le revenu (voir section 1.2 ci-dessous). Cette étude spécifique ne portera pas sur la fracture régionale ou rurale/urbaine, mais se concentrera plutôt sur les inégalités socio-économiques, car il s'agit de la mesure pertinente pour de nombreux objectifs de développement durable, tant en termes d'indicateurs de santé que de pauvreté. Les quatre sections principales porteront sur les inégalités en matière de résultats de santé, d'utilisation des services de santé, de protection financière et de bénéfices des subventions publiques. Mais tout d'abord, nous allons décrire brièvement les inégalités au Niger.

1.2. Pauvreté et inégalité économique au Niger

Le Niger a historiquement un taux de pauvreté très élevé. La croissance économique du pays est positive, mais relativement faible (+15 % à parité de pouvoir d'achat (PPA), 2010-2020). La croissance a été favorable aux pauvres, puisque la pauvreté absolue a diminué de manière constante au fil du temps. Avec un seuil de pauvreté de 1,90 \$ par jour, 20 points de pourcentage de la population (en augmentation) sont sortis de la pauvreté entre 2009 et 2019. La théorie de la courbe de Kuznets prévoit que les pays connaissent une période d'augmentation des inégalités au cours des premières étapes du développement, avant une réduction des inégalités une fois que le pays a atteint un certain niveau de bien-être. Au Niger, cependant, l'inégalité a été irrégulière au fil des ans et suit une tendance à la baisse, comme le montre le tableau suivant. Figure 1.

Le coefficient de Gini en 2018, calculé à partir de l'EHCVM, était de 34,9, ce qui est nettement inférieur au niveau de la plupart des autres pays africains (Figure 1).

L'inégalité économique, mesurée par l'indice de Gini, peut être décomposée en inégalité « au sein du groupe » et « entre les groupes ». La moitié de l'inégalité du pays s'explique par la dichotomie rurale-urbaine. Au sein des zones rurales, le coefficient de Gini n'est que de 0,28, et parmi les zones rurales de la région la plus pauvre, le Gini chute de quelques points supplémentaires, ce qui les placerait parmi les nations les plus égalitaires de la planète s'ils étaient un pays.

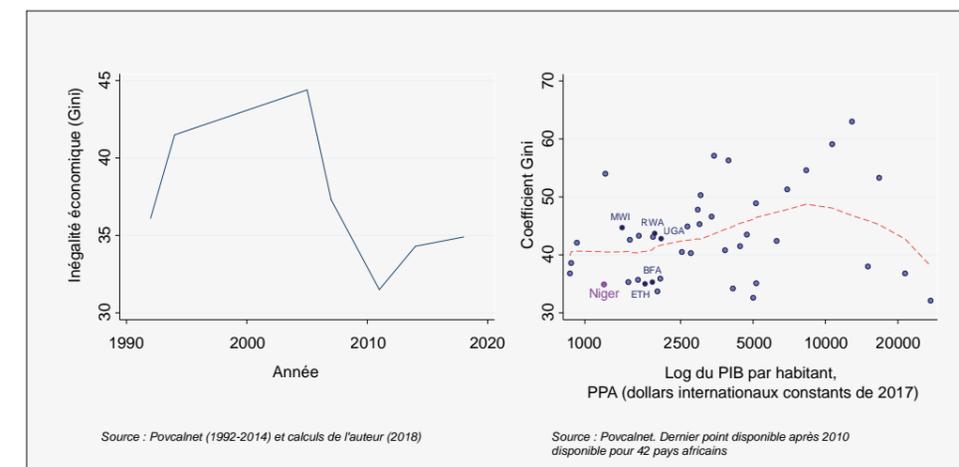


Figure 1 : Inégalités économiques au Niger : tendances et comparaison internationale

1 Ministère de la santé, Annuaire des statistiques de santé 2020

2 Niger MS, Comptes nationaux de la santé, 2019

3 2022, Banque mondiale, Mise à jour économique du Niger

4 Ministère de la santé, Plan de développement sanitaire 2017-2021, 2016.

5 Banque mondiale, indicateur de prestation de services de la République du Niger, santé, 2015.

6 MS, Rapport sur l'évaluation de la disponibilité de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), 2019.

7 Banque mondiale (2020) Revue des dépenses publiques du Niger

8 Public Expenditure Review, Banque mondiale, 2020

9 OMS (2018) Construire l'argumentaire économique en faveur des soins de santé primaires : une revue de cadrage.

10 Horton et al. (2017) «Classement de 93 interventions sanitaires pour les pays à revenu faible et intermédiaire en fonction de leur coût-efficacité». PLoS One 12 (8) : e0182951.

2. DISPARITÉS DANS LES RÉSULTATS DE SANTÉ

Les tableaux de cette section illustrent les disparités dans les résultats de santé par quintiles de richesse. Les tableaux contiennent la valeur moyenne de chaque indicateur pour chaque quintile et la valeur totale de l'indicateur pour l'échantillon. L'indice de concentration mesure la direction et le degré d'inégalité sur une échelle de -1 à +1. Un indice négatif signifie que l'indicateur prend des valeurs plus élevées chez les pauvres, tandis qu'un indice positif indique des valeurs plus élevées chez les plus aisés. Plus l'indice est élevé en valeur absolue, plus l'inégalité est importante.

Cette section présentera séparément les inégalités de santé pour les enfants, les adultes et celles de nature comportementale. Les statistiques proviennent de la base de données Health Equity and Financial Protection Indicators (HEFPI), qui compile les indicateurs de l'EDS de 2012 et des précédentes¹¹. L'enquête nationale sur la fécondité et la mortalité infantile de 2021 (ENAFEME) est également utilisée. Cette enquête est représentative au niveau

national : 7 812 ménages ont été interrogés, dont 10 461 femmes (15-49 ans).

2.1. Indicateurs de santé des enfants

Pour tous les indicateurs : retard de croissance, insuffisance pondérale, mortalité infantile et mortalité des moins de 5 ans, nous trouvons des disparités significatives en faveur de la population la plus riche (Tableau 1). Dans le quintile le plus bas, 46% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance, contre 34% dans le quintile le plus élevé. Les pourcentages correspondants pour l'insuffisance pondérale (émaciation) sont de 40 % (quintile inférieur) et de 26 % (quintile supérieur). La mortalité infantile et juvénile est également concentrée chez les pauvres, en particulier la mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui est deux fois plus élevée dans le quintile le plus pauvre que dans le plus riche.

Tableau 1 : Inégalités en matière de santé des enfants, Niger 2012

INDICATEUR	Quintile le plus bas	2°	3°	4°	Quintile le plus élevé	Total	Indice de concentration
Retard de croissance (%)	45,8 %	48,1 %	41,0 %	46,1 %	33,6 %	43,2 %	-0,046
Insuffisance pondérale (%)	40,4 %	40,3 %	34,0 %	38,7 %	25,7 %	36,2 %	-0,067
Taux de mortalité infantile	91,1	84,9	72,6	57,1	51,0	71,8	-0,104
Taux de mortalité des moins de 5 ans	151,2	152,2	126,4	100,6	73,2	122,6	-0,159

^a Source : HEPFI 2019, estimations à partir de l'EDS 2012.

^b Source : ENAFEME 2021, estimations issues d'un calcul propre.

Une comparaison internationale du Niger avec ses pairs pour les indicateurs de mortalité infantile révèle que le Niger a l'un des taux les plus élevés de décès des moins de 5 ans, de mortalité infantile, de malnutrition chronique et aiguë. Pour tous les indicateurs de nutrition, les indices de concentration du Niger sont situés au-dessus de la ligne d'ajustement de la relation entre le niveau de l'indicateur et son inégalité (Figure 2), ce qui suggère que l'inégalité du Niger n'est pas à un niveau anormal parmi les pays ayant des niveaux comparables de malnutrition. Alors qu'en 2012, la mortalité était relativement peu corrélée à la richesse, les résultats de l'enquête ENAFEME 2021 indiquent que la mortalité est devenue plus inégalement répartie. Le Niger étant situé en-dessous de la ligne d'ajustement, un statut socio-économique plus élevé protège davantage de la mortalité infantile et juvénile au Niger que dans d'autres pays comparables¹² comme le Burkina Faso qui présente un taux de mortalité relativement similaire, mais moins d'inégalités dans sa distribution.

Le Niger a connu des améliorations dans les niveaux de retard de croissance, d'insuffisance pondérale, de mortalité infantile et de mortalité des moins de 5 ans entre 2006 et 2012 (Tableau 2). L'évolution de l'indice de concentration indique une diminution des inégalités pour tous les indicateurs entre ces deux dates, ce qui est cohérent avec l'inégalité générale qui a affiché une tendance similaire (cf. Figure 1). Les estimations de l'ENAFEME 2021 font état d'une détérioration des deux indicateurs de mortalité associée à une augmentation substantielle des inégalités. La comparaison au niveau du quintile entre 2006 et 2012 (non illustrée ici) montre que les indicateurs de mortalité se sont en fait améliorés pour le quintile supérieur (en particulier la mortalité des enfants de moins de cinq ans qui est passée de 114 à 73), et se sont considérablement détériorés pour la moitié la plus pauvre de la population.

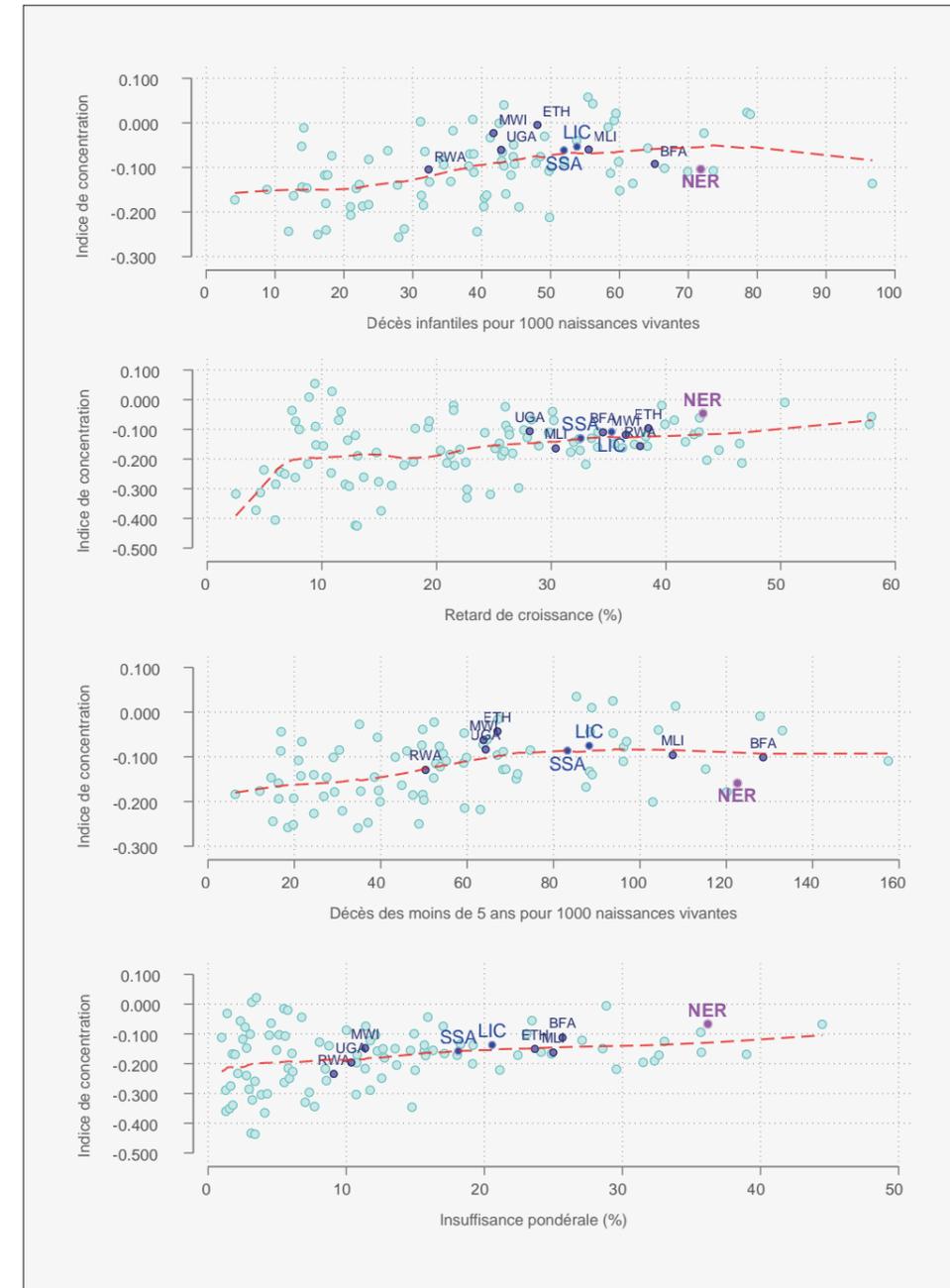


Figure 2 : Inégalités en matière de santé des enfants : comparaison avec d'autres pays

Source : Banque mondiale, HEPFI (2017). Les estimations de la mortalité au Niger sont basées sur ENAFEME 2021. ASS désigne l'ensemble de la région ASS (y compris l'Afrique du Sud) ; PFR désigne les pays à faible revenu. Pays de comparaison : Mali (MLI), Burkina Faso (BFA), Éthiopie (ETH), Malawi (MWI), Rwanda (RWA) et Ouganda (UGA).

¹¹ L'EDS 2017-2018 n'a pas été publiée en raison de problèmes de qualité. Les données de l'ENISED 2016 (Étude nationale pour l'évaluation des indicateurs sociaux, économiques et démographiques) n'ont pas pu être obtenues pour cette étude.

¹² Les régions et pays de comparaison sont l'Afrique subsaharienne (ASS), les pays à faible revenu (PFR), le Mali (MLI), le Burkina Faso (BFA), l'Éthiopie (ETH), le Malawi (MWI), le Rwanda (RWA) et l'Ouganda (UGA).

Tableau 2 : Évolution des inégalités en matière de santé des enfants, Niger 2006-2012

	Estimations pour 2006 ^a		Estimations pour 2012 ^a				Estimations pour 2021 ^b			
	Taux	Inégalité	Taux	Diff.	Inégalité	Diff.	Total	Diff.	Inégalité	Diff.
Retard de croissance (%)	54,8	-0,051	43,2	-11,6	-0,046	+0,005	NA	-	NA	-
Insuffisance pondérale (%)	38,7	-0,071	36,2	-2,5	-0,067	+0,004	NA	-	NA	-
Taux de mortalité infantile	81,4	-0,059	50,6	-30,8	-0,036	+0,023	71,8	+21,2	-0,104	-0,068
Taux de mortalité des moins de 5 ans	197,6	-0,048	127,3	-70,3	-0,043	+0,005	122,6	-4,7	-0,159	-0,116

^a Source : HEPFI 2019, estimations à partir de l'EDS 2012.

^b Source : ENAFEME 2021, estimations issues de calculs propres.

2.2. Inégalités en matière de santé et de comportement des adultes

Sur le plan nutritionnel, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen, la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les femmes sont des indicateurs plus concentrés dans le quintile supérieur. Ce constat rejoint la littérature existante selon laquelle, dans les pays à faible revenu, la prévalence du surpoids et de l'obésité tend à être plus élevée chez les personnes plus riches. Cependant, au fur et à mesure que les pays se développent et que le niveau de richesse augmente, on pourrait s'attendre à voir une transition progressive du surpoids et de l'obésité des riches vers les pauvres¹³. De même, il existe un écart frappant dans l'utilisation des contraceptifs entre le quintile le plus riche (23 %) et les autres (environ 5 à 9 %), ce qui entraîne des taux de fécondité plus élevés chez les femmes les plus pauvres. La prévalence du VIH présente également un

fort gradient de richesse, comme le montre la forte concentration (0,4).

Pour rendre compte des inégalités dans les comportements de santé, nous nous concentrerons sur l'utilisation de moustiquaires pour les moins de 5 ans, qui jouent un rôle déterminant dans la prévention du paludisme, le second principal facteur responsable des pertes de QALY au Niger¹⁴ (Tableau 4). L'indice de concentration positif suggère que l'utilisation de moustiquaires pour les moins de 5 ans est beaucoup plus courante chez les personnes aisées. L'utilisation des moustiquaires s'est améliorée de 60% entre 2012 et 2021, en particulier parmi les deux quintiles les plus pauvres où le taux d'utilisation a plus que doublé.

Pour résumer, les enfants des ménages à faible revenu au Niger sont affectés de manière disproportionnée par des résultats médiocres en matière de santé : tous les indicateurs de l'enfant sont sans ambiguïté plus mauvais pour les pauvres. En revanche, les femmes riches en âge de procréer ont davantage recours à la contraception et présentent une prévalence plus élevée d'obésité et de surpoids, ainsi que de VIH.

¹³ Templin et al (2019) La transition du surpoids et de l'obésité des riches aux pauvres dans les pays à revenu faible et intermédiaire : Une enquête sur les données des ménages de 103 pays, PLOS Medicine.

¹⁴ Réseau GBD (2021) Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, The Lancet. Study 2019, The Lancet.

Tableau 3:
Inégalités en matière de santé reproductive des adultes et des femmes, Niger 2012

INDICATEUR	Quintile le plus bas	2°	3°	4°	Quintile le plus élevé	Total	Indice de concentration
Taille, femmes âgées de 15 à 49 ans (mètre) ^a	1,594	1,595	1,596	1,598	1,61	1,599	0,002
Obésité, femmes âgées de 15 à 49 ans ^a	2,4%	1,9%	1,7%	1,5%	11,9%	4,1%	0,436
Surpoids, femmes âgées de 15 à 49 ans ^a	10,6%	11,1%	11,2%	16,4%	36,7%	17,9%	0,291
Taux de prévalence de la contraception ^b	5,3%	5,1%	8,6%	9,2%	22,9%	10,0%	0,320
Prévalence du VIH ^a	0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,8%	0,4%	0,405

^a Source: HEPFI 2019, estimations à partir de l'EDS 2012.

^b Source: ENAFEME 2021, estimations issues d'un calcul propre.

Tableau 4:
Inégalité des comportements en matière de santé, Niger 2012

INDICATEUR	Année	Quintile le plus bas	2°	3°	4°	Quintile le plus élevé	Total	Indice de concentration
Utilisation de moustiquaires pour les moins de 5 ans	2012 ^a	11,90%	14,50%	22,40%	23,90%	34,60%	21,20%	0,211
	2021 ^b	27,0%	29,8%	30,9%	35,0%	46,5%	33,6%	0,103

^a Source: HEPFI 2019, estimations à partir de l'EDS 2012.

^b Source: ENAFEME 2021, estimations issues d'un calcul propre.



3. DISPARITÉS DANS L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Dans de nombreux pays, pour diverses raisons, l'utilisation des soins de santé tend à être répartie de manière très inégale entre les groupes de revenus, même après avoir pris en compte les différences de besoins médicaux. Cette section rend compte des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Niger pour différents types de soins, et pour différents types de prestataires de soins de santé. Nous avons divisé cette section en deux parties : les soins curatifs (patients hospitalisés ou non) et l'utilisation des services liés à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI).

3.1. Utilisation des soins de santé ambulatoires et hospitaliers

Pour les soins de santé curatifs, les données disponibles sont rares : les enquêtes récentes ne comprennent que l'EHCVM 2018/2019, qui inclut un nombre limité d'indicateurs d'utilisation, comme les soins ambulatoires et hospitaliers.

3.1.1. Inégalité de l'utilisation des services de santé hospitaliers et ambulatoires au Niger

Le recours aux soins de santé curatifs présente un gradient socio-économique significatif : la consultation ambulatoire au cours des quatre dernières semaines est inférieure de près de 10 points de pourcentage (16%) pour le quintile inférieur que pour le quintile supérieur (25,8%). Le gradient est robuste - mais légèrement plus faible - lorsqu'on examine les taux de consultation en fonction du fait d'être malade ou très malade. La plus grande inégalité se trouve dans les soins hospitaliers, auxquels le quintile le plus riche a accès trois fois plus souvent que le quintile le plus pauvre (Tableau 5).

Les établissements de santé et le personnel médical auxquels les ménages les plus riches ont accès sont d'un niveau plus élevé et de meilleure qualité que ceux auxquels ont accès les ménages les plus pauvres, notamment pour le quintile supérieur pour lequel on observe un écart marqué. Pour les hôpitaux nationaux ou régionaux et les établissements privés, l'indice de concentration atteint 0,5, dénotant une très forte concentration parmi les quintiles supérieurs, notamment le quintile

le plus élevé qui a un taux trois fois supérieur à celui du quatrième quintile, et 20 fois supérieur à celui du premier quintile (conditionnel à la consultation). A l'inverse, les postes de santé sont majoritairement utilisés par la population la plus pauvre. Il en va de même pour les praticiens de santé : la visite chez un médecin est 10 fois plus fréquente pour les ménages aisés que pour les ménages pauvres.

La plupart des ménages déclarent renoncer à des soins en raison de l'automédication ou de l'absence de besoin. Cependant, le manque d'accès dû à des contraintes financières ou à la distance est fortement associé au statut économique, diminuant progressivement de 20,7% dans le quintile le plus bas à 7,4% dans le quintile le plus riche.

3.1.2. Tendances de l'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires au Niger

L'analyse des tendances révèle que l'inégalité des patients ambulatoires diminue depuis 2014, tandis que celle des patients hospitalisés est en hausse (Tableau 6). L'accès aux soins ambulatoires a considérablement augmenté dans la population générale : 3,6 points de pourcentage en 4 ans. Si le taux est resté inchangé pour le quintile le plus riche, l'accès a augmenté pour le reste de la population. L'indice de concentration pour tous les services ambulatoires a diminué de manière significative, en particulier pour l'accès conditionné par une incapacité due à la maladie. Pour l'hospitalisation, le tableau est inverse : l'augmentation est due à un meilleur accès pour les quintiles supérieurs.

Cela est cohérent avec une forte augmentation des inégalités de recours aux hôpitaux ou aux cabinets privés entre 2014 et 2018 : l'indice de concentration a bondi de 0,25 à 0,48. Dans le même temps, les postes de santé ont été laissés de plus en plus aux populations défavorisées (l'indice de concentration est passé de -0,12 à -0,17). Une tendance similaire vers plus d'inégalité peut être observée concernant le personnel de santé consulté : l'indice de concentration des médecins a grimpé en flèche dans des proportions similaires.

En 2014, les raisons financières déclarées pour ne pas accéder aux soins de santé étaient similaires dans tous les quintiles. Cette situation a radicalement changé en 2018, les ménages les plus pauvres renonçant aux services de santé pour des raisons financières plus fréquemment que les ménages les plus riches.

		Quintile le plus bas	Q2	Q3	Q4	Quintile le plus élevé	Total	Indice de concentration
Besoin	Malade (4 sem)	32,7	36,8	38,3	41,7	41,9	38,3	0,05
	Gravement malade (4 sem)	22,3	27,4	26,0	30,1	29,4	27,0	0,05
Utilisation des services	Consultation externe (4 sem)	16,0	19,9	20,2	24,2	25,8	21,2	0,09
	Consultation externe (4 sem, malade)	49,0	53,9	52,7	58,1	61,4	55,4	0,05
	Consultation externe (4 sem, très malade)	62,5	64,5	65,8	69,1	71,2	66,9	0,03
	Hospitalisation (12 m)	1,2	1,5	2,1	2,8	3,6	2,2	0,23
Niveau de l'établissement	Consulté à l'hôpital public	0,5	1,5	2,4	3,4	10,7	4,2	0,50
	Consulté au centre de santé publique/maternité	52,3	55,8	60,8	59,9	59,4	58,0	0,02
	Consulté au poste de santé ou autre	41,0	36,4	32,5	28,8	15,6	29,6	-0,17
	Consultation d'un prestataire de santé privé	1,4	2,2	1,4	3,9	10,7	4,4	0,48
Agent de santé	Consultation d'un médecin	1,7	5,1	5,2	7,5	19,8	8,7	0,42
	Consultation d'une infirmière ou d'une sage-femme	84,6	79,9	83,2	80,5	71,3	79,3	-0,03
	Consultation d'un ASC ou autre	13,7	15,1	11,7	12,0	8,9	12,0	-0,09
Renoncement aux soins	% de renoncement aux soins pour des raisons financières	20,7	15,2	15,1	11,7	7,4	14,0	-0,17
	% de renoncement aux soins en raison de la distance	2,8	2,2	2,9	1,5	0,7	2,0	-0,22
	% de renoncement aux soins dû à l'automédication	59,3	64,1	59,0	61,5	70,5	62,8	0,02

Tableau 5: Utilisation des services aux patients hospitalisés et aux patients externes au Niger, 2018.

Source : Calculs de l'auteur basés sur EHCVM 2018
Note : Les estimations pour le niveau des établissements et les travailleurs de la santé concernent la population qui a consulté en ambulatoire au cours des 4 dernières semaines.

		Estimations 2014		Estimations 2018		Changement	
		Total	Indice de concentration	Total	Indice de concentration	Niveau	Inégalité
Besoin	Malade (4 sem)	32,5	0,04	38,3	0,05	5,79**	0,01*
	Gravement malade (4 sem)	25,7	0,05	27,0	0,05	1,36**	0,00
Utilisation des services	Consultation externe (4 sem)	17,7	0,11	21,2	0,09	3,55**	-0,02**
	Consultation externe (4 sem, malade)	54,3	0,08	55,4	0,05	1,05*	-0,03**
	Consultation externe (4 sem, très malade)	61,0	0,07	66,9	0,03	5,97**	-0,04**
	Hospitalisation (12 m)	1,6	0,16	2,2	0,23	0,68**	0,07**
Niveau de l'établissement	Consulté à l'hôpital public	8,1	0,16	4,2	0,50	-3,94**	0,34**
	Consulté au centre de santé publique/maternité	41,9	0,07	58,0	0,02	16,16**	-0,05**
	Consulté au poste de santé ou autre	41,0	-0,12	29,6	-0,17	-15,03**	-0,05**
	Consultation d'un prestataire de santé privé	44,6	0,25	4,4	0,48	-0,95**	0,23**
Agent de santé	Consultation d'un médecin	10,4	0,17	8,7	0,42	-1,72**	0,25**
	Consultation d'une infirmière ou d'une sage-femme	67,8	0,08	79,3	-0,03	11,48**	-0,11**
	Consultation d'un ASC ou autre	21,8	-0,33	12,0	-0,09	-9,76**	0,23**
Renoncement aux soins	% de renoncement aux soins pour des raisons financières	6,9	0,01	14,0	-0,17	7,11**	-0,18**
	% de renoncement aux soins en raison de la distance	3,2	0,27	2,0	-0,22	-1,16**	-0,49**
	% de renoncement aux soins dû à l'automédication	66,9	0,02	62,8	0,02	-4,18**	0,00

Tableau 6: Tendances en matière d'inégalité d'utilisation des services

Source : Calculs de l'auteur basés sur ECVMA 2014 et ECVMA 2018.

Légende : * p < 0,05 ** ; p < 0,01

15 Comme le montre le tableau, les ménages pauvres déclarent moins de maladies que les ménages riches, qu'il s'agisse de maladies légères ou de maladies plus graves (définies comme des maladies empêchant d'effectuer les activités quotidiennes). Ce résultat est contraire aux attentes, ainsi qu'aux conclusions de la section précédente qui montre une mortalité plus élevée et une santé plus mauvaise chez les pauvres. Une interprétation pourrait être la perception différente de la maladie entre les différentes classes économiques.

Avec un niveau d'utilisation des soins hospitaliers de 2,2%, le Niger est en retard par rapport à ses pairs et à la majorité des pays dans leur ensemble. L'indice de concentration positif de 0,23 pour le Niger indique qu'il existe une inégalité pro-riche dans l'utilisation des soins de santé, en particulier dans les services aux patients hospitalisés.

3.1.3. Comparaison internationale de l'utilisation des services aux patients hospitalisés

L'inégalité d'accès aux services d'hospitalisation est nettement plus importante au Niger que dans les autres pays. Les pays ayant un faible taux d'hospitalisation ont tendance à avoir une plus grande inégalité d'accès. Cependant, l'inégalité du Niger est toujours supérieure à l'ajustement non-paramétrique. Le Niger a un taux d'hospitalisation relativement similaire à celui de l'Éthiopie et du Mali (~0,02 hospitalisation par an et par personne), mais une plus grande inégalité (indice de concentration de 0,23, contre 0,19 et 0,12 respectivement).

3.2. Inégalité de l'utilisation des services SRMNI au Niger

La section sur les soins de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) s'appuie sur l'ENAFEME (2021) et la base de données HEFPI qui elle-même s'appuie sur les enquêtes EDS 2006 et 2012.

3.2.1. Dernières estimations de l'utilisation de la SRMNI au Niger

Le tableau 7 montre que tous les indicateurs de santé maternelle et infantile sont positivement associés aux quintiles de richesse. Environ 24% des enfants de moins de 5 ans dans le quintile de richesse inférieur sont complètement vaccinés, contre 38,4% dans le quintile supérieur. Environ 85 % des femmes riches ont vu leur bébé mis au monde par une accoucheuse qualifiée, alors que seulement 15 % des femmes pauvres ont pu le faire (la plus grande inégalité). Seul un quart des femmes enceintes pauvres ont bénéficié de 4 visites de soins prénatals ou plus, contre près de la moitié des femmes aisées.

3.2.2. Décomposition de l'inégalité dans l'utilisation des services SRMNI

Les différences dans l'utilisation des soins de santé peuvent être décomposées en deux catégories : les différences dans les besoins de santé, d'une part, et les différences de capacité, d'accessibilité financière, de connaissances et de préférences, d'autre part. La catégorie « besoins » ne peut être considérée comme inéquitable : il n'y a aucune raison de fournir certains services/interventions de santé à des segments de la population qui n'en ont pas besoin. La mesure de l'inégalité doit être normalisée pour tenir compte de la variabilité des besoins de santé de la population. Cette normalisation égalise les besoins de santé afin de mesurer l'inégalité horizontale, c'est-à-dire les inégalités d'utilisation. Les variables de standardisation comprennent généralement

INDICATEUR	Quintile le plus bas	2 ^e	3 ^e	4 ^e	Quintile le plus élevé	Total	Indice de concentration
Vaccination complète (12-23 mois)	23,6%	33,0%	33,6%	35,8%	38,4%	32,8%	0,07
Vaccination contre la rougeole (12-23 mois)	47,3%	55,7%	52,1%	57,3%	62,3%	54,9%	0,04
Infections respiratoires aiguës traitées (- de 5 ans)	43,1%	39,7%	67,7%	44,4%	69,2%	53,7%	0,08
Diarrhée traitée par SRO (- de 5 ans)	33,8%	39,2%	34,7%	44,0%	53,7%	41,5%	0,09
Besoin non satisfait de contraception	13,8%	13,2%	12,8%	13,4%	13,0%	13,2%	0,00
Soins prénatals	26,6%	34,1%	38,5%	37,3%	50,3%	37,3%	0,11
Assistance qualifiée à la naissance	25,2%	33,3%	37,3%	43,4%	85,2%	43,7%	0,23

Tableau 7: Inégalités dans les interventions de santé maternelle et infantile, Niger 2021

Source : ENAFEME 2021, estimations issues de calculs propres.

l'âge et le sexe, mais aussi les conditions de santé, et pourraient être étendues (patrimoine génétique). Dans cet exercice, le manque de données fait que nous ne pouvons normaliser que par l'âge.

L'inégalité non liée aux besoins de santé est appelée inéquité. L'indice de concentration peut être décomposé en sous-composantes qui sont associées à des différences dans l'utilisation des services de santé. Dans cette analyse, nous décomposerons l'indice de concentration en caractéristiques du ménage (indice de richesse, niveau d'éducation du chef de ménage et de l'aidant principal) et en localisation (zone urbaine ou rurale).

La figure 4 ci-dessous montre la décomposition des indices de concentration pour certains des indicateurs SRMNI. Certains des déterminants de l'inégalité sont négatifs : ils peuvent être interprétés comme des facteurs

de diminution de l'inégalité dans la mesure où ils réduisent l'inégalité introduite par d'autres facteurs. La somme des segments négatifs et positifs du graphique en barres est égale à l'indice de concentration indiqué en Tableau 7. Il est important de noter que l'ajout des régions comme facteurs explicatifs n'a pas changé les résultats (nous ne le montrons pas pour des raisons de clarté), ce qui suggère qu'il y a peu de disparités entre les régions dans l'utilisation des services de santé, toutes choses étant égales par ailleurs.

Pour tous les indicateurs, à l'exception de la vaccination, le facteur dominant expliquant l'accès aux services est l'indice de richesse, qui représente généralement plus de la moitié de l'inégalité. Un milieu urbain accroît l'inégalité pour l'assistance qualifiée à l'accouchement et le traitement des diarrhées et des infections pulmonaires.

Figure 3: Inégalité de l'utilisation des services hospitaliers

Source : HEPFI, 2019. Les estimations sont basées sur les dernières données disponibles. Le niveau de recours aux soins des patients hospitalisés pour le Niger utilise les estimations de 2018.

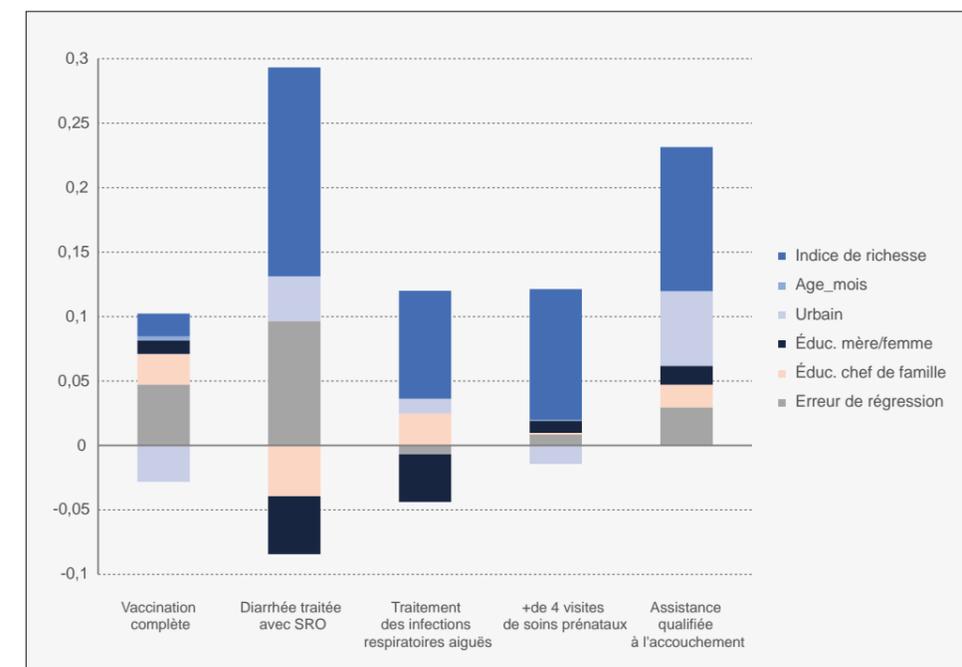
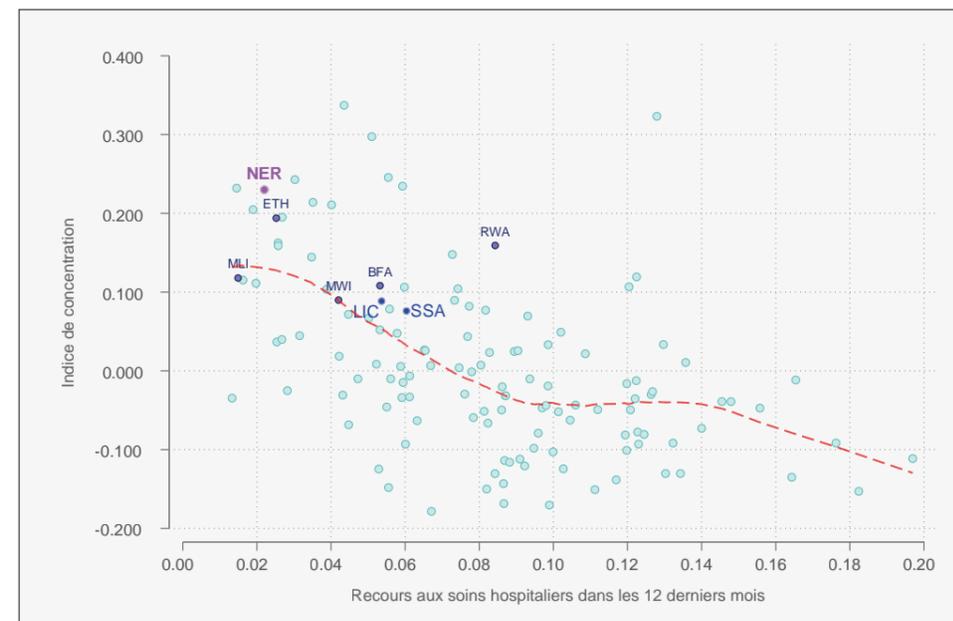


Figure 4: Décomposition de l'inégalité SRMNI

Source : HEPFI, 2019. Les estimations sont basées sur les dernières données disponibles. Le niveau de recours aux soins des patients hospitalisés pour le Niger utilise les estimations de 2018.

En revanche, il semble y avoir égalité dans l'accès à la vaccination complète et aux soins prénatals : les ménages pauvres et sans instruction des zones urbaines ont accès à ces services qu'ils n'auraient pas eus en milieu rural. L'éducation du chef de famille et de la femme/mère facilite l'accès à la vaccination, aux soins prénatals et à l'assistance qualifiée à l'accouchement, ce qui accroît les inégalités. Pour le traitement de la diarrhée et des infections respiratoires, l'éducation de la mère réduit l'inégalité : conditionnellement à la richesse et au statut rural/urbain, une femme plus éduquée est associée à un traitement moindre. Enfin, la zone grise montre l'inégalité résiduelle qui n'est prise en compte par aucun des déterminants énumérés.

3.2.3. Comparaison internationale de l'utilisation des services SRMNI

Une comparaison internationale du Niger avec ses pairs pour la vaccination et les indicateurs liés à la naissance montre que les taux au Niger sont encore relativement bas, mais pas tellement en termes de vaccination (Figure 5). Dans tous les pays, plus le niveau de prestation de services est élevé, moins on observe d'inégalités au sein de la population, car les services s'étendent pour couvrir une plus grande partie de la population. Compte tenu de son niveau de vaccination, le Niger est proche de la courbe d'inégalité internationale : un peu plus inégalitaire en termes de

vaccination complète, mais plus égalitaire pour la rougeole. En ce qui concerne la santé maternelle, le Niger est relativement égalitaire pour les visites prénatales, mais cela ne se traduit pas par une inégalité en matière d'assistance qualifiée à l'accouchement, qui est comparable à celle des autres pays.

assisté par du personnel qualifié (-0,2), les consultations prénatales (CPN) et le traitement des infections respiratoires (IRA, -0,16).

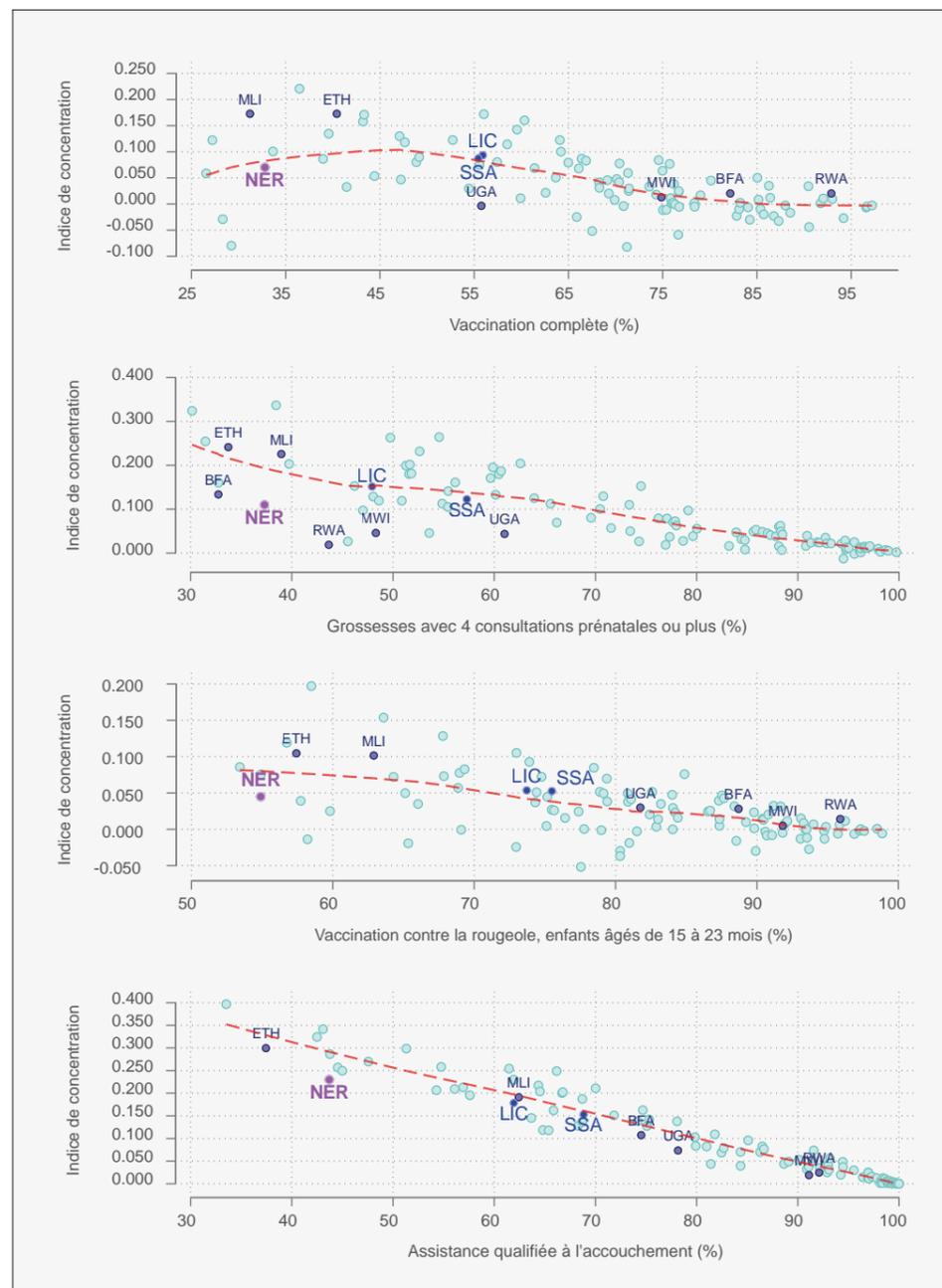
Entre 2012 et 2021, la fréquence d'utilisation et l'inégalité d'accès ont continué de s'améliorer pour l'assistance qualifiée à l'accouchement. La trajectoire est différente pour les autres indicateurs : la majorité a maintenu le même niveau d'égalité et de prévalence (CPN, contraception, IRA et traitement de la diarrhée avec SRO). La vaccination contre la rougeole a reculé de 17 points de pourcentage pour atteindre des niveaux similaires à ceux de 2012. Les niveaux de vaccination complète ont également baissé de manière substantielle, bien que sans effets distributifs importants.

3.2.4. Tendance temporelle équité et niveau pour les indicateurs SRMNI

Entre 2006 et 2012, l'indice de concentration a diminué pour tous les indicateurs, ce qui dénote une plus grande égalité dans le pays en matière d'accès à la santé maternelle et infantile. Les gains les plus importants en matière d'équité concernent l'accouchement

Figure 5: Les indicateurs SRMNI : Comparaison internationale de leur inégalité et de leurs niveaux

Source : Banque mondiale, HEPFI (2019). Les estimations du Niger sont basées sur ENAFEME 2021. ASS désigne la région subsaharienne (y compris l'Afrique du Sud) ; PFR désigne les pays à faible revenu.



	Estimations pour 2006 ^a		Estimations pour 2012 ^a				Estimations pour 2021 ^b			
	Taux	Inégalité	Taux	Diff.	Inégalité	Diff.	Total	Diff.	Inégalité	Diff.
Vaccination complète (12-23 mois)	32,7	0,172	56,2	+23,5	0,103	-0,07	32,84	-23,4	0,07	-0,03
Vaccination contre la rougeole (12-23 mois)	51,2	0,149	71,9	+20,7	0,035	-0,11	54,90	-17,0	0,04	+0,01
Infections respiratoires aiguës traitées (U5)	29	0,225	48,4	+19,4	0,07	-0,16	53,72	+5,3	0,08	+0,01
Diarrhée traitée par SRO (U5)	17,9	0,159	44,4	+26,5	0,066	-0,09	41,50	-2,9	0,09	+0,02
Besoin non satisfait de contraception	16,2	0,044	16	-0,2	-0,012	-0,06	13,24	-2,8	0,00	+0,01
Soins prénatals	15,7	0,276	33,7	+18,0	0,112	-0,16	37,31	+3,6	0,11	-0,01
Assistance qualifiée à l'accouchement	19,4	0,509	33,4	+14,0	0,317	-0,19	43,66	+10,3	0,23	-0,09

Tableau 8: Tendances de l'inégalité dans les interventions de santé maternelle et infantile

^a Source : HEPFI 2019, estimations à partir de l'EDS 2012.

^b Source : ENAFEME 2021, estimations issues de calculs propres.

4. PROTECTION FINANCIÈRE POUR LA SANTÉ

Les pays financent leurs soins de santé par un mélange de paiements directs, d'assurances privées et sociales, de recettes générales et d'aide internationale au développement. Des systèmes de santé efficaces et matures ne visent pas seulement à améliorer la santé, mais aussi à garantir que les gens sont protégés contre les conséquences financières de la maladie et de la mort. Il est recommandé que le financement de la santé passe par des mécanismes de mutualisation, garantissant que les dépenses de santé sont réparties dans le temps et que les risques sont partagés par l'ensemble de la population (principe de l'assurance).

Cette section présente des données sur deux mesures alternatives de la protection financière : l'une qui demande si les dépenses personnelles sont « catastrophiques » et l'autre qui demande si elles sont « appauvrissantes ». Aucune de ces mesures ne tient compte des pertes de revenus associées à la maladie, et toutes deux sous-estiment donc l'impact financier total de la mauvaise santé sur les ménages. Les données utilisées proviennent de l'ECVMA 2011 et de l'EHCVM 2018.

4.1. Dépenses de santé catastrophiques

Les dépenses de santé catastrophiques sont définies comme des paiements de soins de santé dépassant un pourcentage prédéterminé des dépenses totales du ménage. Nous utilisons les seuils de 10 et 25% (Tableau 9). Le graphique ci-dessous montre le taux catastrophique de dépenses directes des ménages (OOP). Au seuil de 10%, 6,2% des ménages subissent des dépenses de santé catastrophiques, ce qui est légèrement moins qu'en 2011 (6,6%). Moins de 1% de la population a un budget de santé OOP plus d'un quart des dépenses totales du ménage.

En terme de gradient socio-économique, les dépenses de santé catastrophiques sont concentrées dans le segment le plus riche de la population. C'est la norme dans les pays à faible revenu¹⁶ : l'explication la plus acceptée est que les ménages pauvres renoncent aux soins car ils ne peuvent se permettre de dépenser au-delà d'un certain seuil sans compromettre leur survie. Bien qu'il reste largement positif, notre analyse indique une baisse spectaculaire (-0,23) de l'indice de concentration entre 2011 et 2018. La ventilation par quintile montre que deux facteurs sont en jeu : les pauvres engagent davantage de dépenses de santé catastrophiques, et les riches semblent mieux protégés contre ces chocs (peut-être grâce à l'amélioration de la couverture d'assurance). Les régions d'Agadez et de Dosso ont connu des augmentations importantes des

dépenses de santé catastrophiques, tandis que des améliorations substantielles ont eu lieu à Diffa et surtout à Niamey, où vivent la plupart des personnes du quintile supérieur.

4.2. Appauvrissement

L'appauvrissement mesure la proportion de ménages dont les dépenses/consommation sont suffisamment importantes pour ne pas être considérées comme pauvres, mais qui le seraient si les dépenses médicales de fonctionnement n'étaient pas incluses dans la consommation totale. Un indicateur plus nouveau du lien avec la pauvreté est la catégorie « plus appauvri », qui saisit le pourcentage de la population dont les dépenses nettes des dépenses de fonctionnement sont inférieures au seuil de pauvreté et qui dépensent pour la santé. L'accent mis sur l'inégalité n'est pas pertinent, car de toute évidence, la plupart des personnes qui franchissent le seuil de pauvreté en raison de dépenses médicales se situent dans le quintile proche du seuil de pauvreté. Il est néanmoins intéressant de montrer les derniers chiffres de l'appauvrissement, son évolution dans le temps et de comparer ces chiffres avec d'autres pays. Pour cet exercice, nous utiliserons deux seuils de pauvreté significatifs. Le premier est de 1,90 \$ par jour, qui est le seuil de pauvreté le plus bas qui est appliqué aux pays à faible revenu (estimé à 464 XOF par jour et par habitant en 2018). Le second est le seuil de pauvreté sociétale, qui est défini comme 50% de la consommation médiane, plus un dollar international (à la valeur du pouvoir de parité d'achat de 2011), ce qui correspond à 523 XOF par jour et par habitant. Cet indicateur est plus pertinent pour cette étude sur les inégalités, car il mesure la pauvreté par rapport aux autres membres de la société.

En 2018, en utilisant les seuils de pauvreté absolue et sociétale, nous constatons que respectivement 2,5 % et 2,7 % de la population était appauvrie en raison des dépenses personnelles. La proportion de « plus appauvris » serait de 38,4 % et 44,5 %, ce qui est proche des taux de pauvreté : la plupart des personnes pauvres ont en effet des dépenses médicales. Le graphique de la parade de Pen (Figure 6) montre les ménages classés selon leur consommation brute d'exploitation comme la ligne continue. À partir de cette ligne, les gouttes sont les OOP. Ce graphique donne un aperçu de l'importance de la consommation brute et de son effet sur la pauvreté. Bien que fréquentes chez les pauvres (sous le seuil de pauvreté), les dépenses de santé ne sont pas d'une grande ampleur. Le montant du ticket modérateur augmente à mesure que les dépenses totales augmentent, surtout autour du seuil de pauvreté sociétale, ce qui explique largement l'appauvrissement.

	Seuil de 10 %		Seuil de 25 %		Seuil de 10 %		
	2011	2018	2011	2018	2011	2018	
Q1	2,7%	4,9%	0,1%	0,1%	Agadez	4,8%	8,6%
Q2	3,7%	4,4%	0,1%	0,5%	Diffa	9,0%	6,2%
Q3	5,8%	7,9%	1,4%	1,1%	Dosso	4,7%	8,4%
Q4	7,6%	6,5%	2,7%	0,8%	Maradi	4,7%	3,9%
Q5	13,4%	7,4%	5,1%	1,3%	Niamey	17,1%	6,0%
Total	6,6%	6,2%	1,9%	0,7%	Tahoua	7,9%	7,6%
CI	0,32	0,09	0,54	0,31	Tillabéri	0,05	0,09
					Zinder	0,05	0,05

Tableau 9 : Dépenses de santé catastrophiques

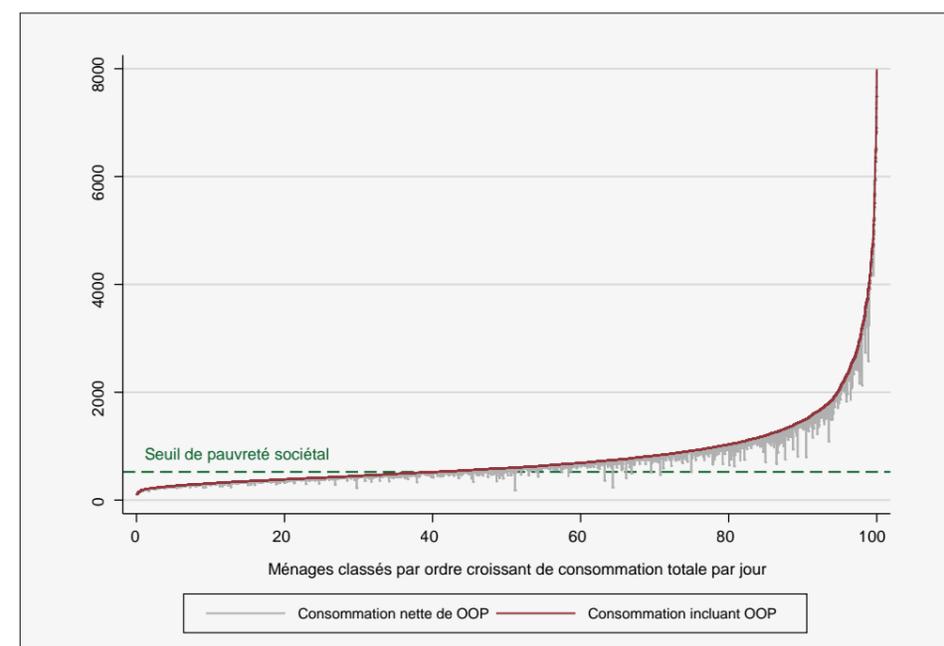


Figure 6 : Parade de Pen de la distribution de la consommation des ménages et des dépenses OOP

Par rapport à 2011, nous constatons que l'appauvrissement a légèrement diminué lorsqu'il est mesuré à l'aide du seuil de pauvreté absolue (Tableau 10). Cela est probablement dû à une amélioration importante du taux de pauvreté (-7,6 points de pourcentage). Ce changement est relativement faible, et proportionnellement plus faible que la réduction de la pauvreté. Cela indique que l'OOP a contribué plus qu'avant à appauvrir les personnes déjà pauvres.

L'utilisation du seuil de pauvreté sociétale présente une situation contrastée : l'appauvrissement a augmenté, tant en ce

qui concerne le pourcentage de la population qui franchit le seuil de pauvreté (+0,4 point de pourcentage) que le pourcentage de personnes déjà pauvres qui sont poussées plus loin sous le seuil de pauvreté (+2,9%). L'augmentation de l'appauvrissement s'est produite dans un contexte de réduction globale de la pauvreté, y compris par la mesure du seuil de pauvreté sociétale (-3,8 %). Au fur et à mesure que les gens sortaient de la pauvreté, les dépenses médicales de première nécessité devenaient plus fréquentes chez ceux qui restaient pauvres, ainsi que chez ceux qui parvenaient à échapper à la pauvreté.

Indicateurs	1,90 \$ par jour seuil de pauvreté		Seuil de pauvreté sociétal	
	2011	2018	2011	2018
Taux de pauvreté brut des OOP (OOP inclus dans la consommation)	48,2%	40,6%	50,9%	47,1%
Taux de pauvreté net des dépenses de fonctionnement (dépenses de fonctionnement exclues de la consommation)	50,8%	43,1%	53,3%	49,8%
Appauvri	2,6%	2,5%	2,3%	2,7%
Poussé encore plus loin dans la pauvreté	39,4%	38,4%	41,6%	44,5%

Tableau 10 : Appauvrissement au Niger : 2011-2018

Source : Banque mondiale, HEFPI 2022

16 Les indices de concentration des dépenses de santé catastrophiques (seuil de 10%) sont de 0,03 pour le Mali en 2016, 0,9 pour le Burkina Faso (2014), -0,07 pour l'Éthiopie (2015), 0,11 pour l'Ouganda et -0,17 pour le Rwanda.

5. ANALYSE DE L'INCIDENCE DES BÉNÉFICIAIRES

L'AIB vise à évaluer l'équité dans le budget de l'État : les dépenses de santé publique profitent-elles principalement au segment le plus riche de la population, ou aux plus pauvres ? L'AIB met en relation d'une part, l'utilisation des services de santé publique à partir d'une enquête nationale représentative des ménages (nous utilisons l'EHCVM 2018), et d'autre part, le financement public correspondant, qui est généralement obtenu à partir des comptes nationaux de la santé (CNS), et aussi éventuellement à partir du rapport d'exécution du budget.

Nous pouvons faire correspondre les CNS (2018) avec l'EHCVM (2018) sur deux dimensions : soit par le niveau de l'établissement de santé, soit par l'utilisation des services pour les patients hospitalisés et non hospitalisés. Lorsque nous travaillons par type d'établissement de santé, nous lisons le Tableau 11 horizontalement : deux catégories¹⁷ des établissements publics de la CNS peuvent être appariées avec le service reçu dans 6 niveaux d'établissement de l'EHCVM. Lorsque nous lisons le tableau verticalement, nous pouvons faire correspondre le financement public des soins hospitaliers et ambulatoires avec l'utilisation des services.

Tableau 11: Correspondance entre les CNS et l'EHCVM

Source : Tableau financement de la santé x fonction de santé.

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉNAGES (2018 EHCVM)			Comptes nationaux de la santé (2018) (million CFA)
Niveau de l'établissement EHCVM	Consultation externe (% pop, 4 dernières semaines)	Hospitalisation (nombre de jours, 12 derniers mois)	Type d'établissement de santé
Hôpital national	0,23%	0,03	Hôpitaux généraux publics 57 927
Hôpital régional (y compris la police et l'armée)	0,66%	0,04	
Centre de santé urbain	3,52%	0,03	
Centre de santé rural	8,79%	0,02	
Poste de santé	6,28%	0,00	
Autre public	0,09%	0,00	Centre de soins ambulatoires 73 797
COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ (2018)			
Fonction curative publique uniquement (million CFA)			
	32,309	33,893	

Les établissements de niveau hospitalier reçoivent 44% des subventions curatives, tandis que les centres de santé en obtiennent 56%. Pour ces deux types d'établissements, un indice de concentration positif indique que les ménages les plus riches bénéficient davantage des subventions que les ménages les plus pauvres. Cette inégalité est faible pour les centres de santé, avec un indice de concentration de 0,07. En cas d'égalité parfaite, chaque quintile recevrait 20%. Nous constatons que le quintile le plus pauvre reçoit 15,1% des subventions, et celui qui en bénéficie le plus est le quatrième quintile avec 24,1%. Pour les établissements de niveau hospitalier, cependant, l'inégalité est beaucoup plus grande avec un indice de concentration de 0,34. Nous estimons que le quintile le plus riche de la population bénéficie de 41,7% des subventions, alors que le plus

pauvre ne compte que pour 6,8%. L'inégalité des subventions totales est de 0,20 (indice de concentration), le quintile supérieur reçoit 30% des subventions, tandis que le plus bas n'en obtient que 11,5% (panneaux de gauche du Tableau 12 et Figure 8).

Nous trouvons un schéma similaire en nous concentrant sur le type de service curatif reçu. Les services hospitaliers et ambulatoires sont positivement liés au statut socio-économique : plus un ménage est riche, plus la probabilité d'utiliser les services hospitaliers et ambulatoires est élevée. L'écart concernant les services ambulatoires est similaire à celui constaté pour l'utilisation des centres de santé, l'utilisation la plus élevée se situant dans le quatrième quintile, et la plus faible dans le premier quintile. Le recours aux services hospitaliers est lié de façon

Détail technique :

Que ce soit en travaillant par type d'établissement de santé (horizontalement) ou par fonction curative (verticalement), nous avons besoin d'un dénominateur commun pour traduire les jours d'hospitalisation par 12 mois en équivalent « consultation par 4 semaines ». D'une part, les patients hospitalisés sont beaucoup plus chers, mais nous pouvons également supposer une diminution marginale du prix par jour d'hospitalisation. D'autre part, la période de rappel de 4 semaines est beaucoup plus courte et elle doit être annualisée. Nous avons utilisé une fonction présumée pour convertir les nuits d'hospitalisation par an en un équivalent ambulatoire, avec un ratio de base de 10 (pour la même période de rappel), mais avec un coût marginal décroissant par nuit (cf. Figure 7 qui montre également la distribution de fréquence du nombre de nuits).

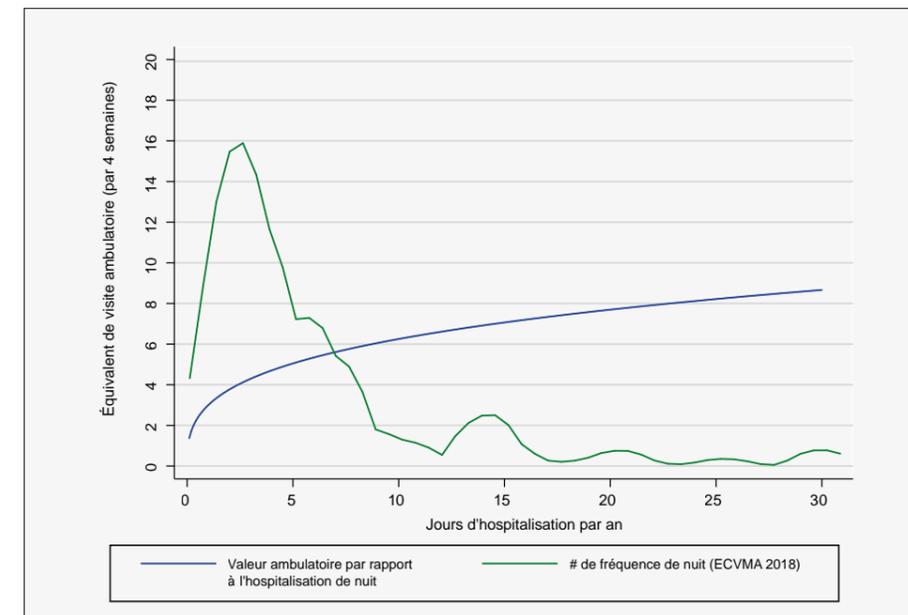


Figure 7: Hypothèse d'équivalence entre le coût des soins ambulatoires et celui des soins hospitaliers

Source: Extraits de données et calculs de l'auteur à partir des rapports nationaux des CNS

¹⁷ Nous devons supposer que la deuxième catégorie «soins ambulatoires» est publique. Aucune ventilation n'a été fournie entre les services ambulatoires publics et privés au niveau des prestataires de soins.

Actions	Avantages par type de formation sanitaire			Prestations par type de service		
	Centre de santé	Hôpital	Total	En consultation externe	Patient hospitalisé	Total
Quintile le plus bas	15,1	6,8	11,5	15,3	10,0	12,6
2°	19,0	10,6	15,3	19,0	13,5	16,2
3°	20,0	18,3	19,3	19,7	20,9	20,4
4°	24,1	22,6	23,5	23,1	25,3	24,2
Quintile le plus élevé	21,8	41,7	30,6	22,8	30,2	26,6
Part dans la subvention totale	56,0	44,0	100,0	48,8	51,2	100,0
Indice de concentration	0,0707	0,3483	0,1928	0,0756	0,2205	0,1497

Tableau 12: Inégalité de l'incidence des prestations

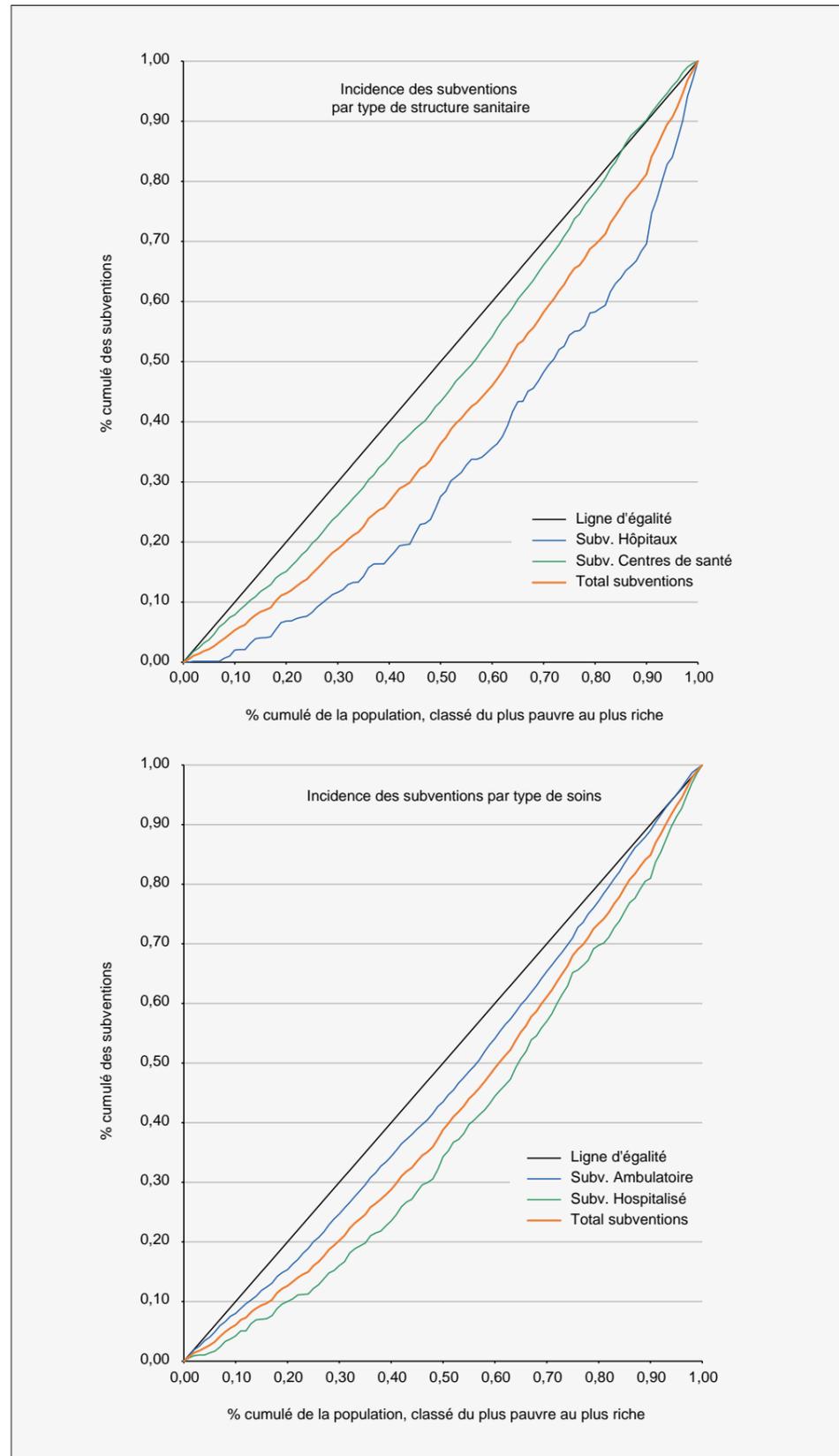
monotone à la richesse et est responsable d'une grande inégalité dans l'incidence des prestations, avec un indice de concentration estimé à 0,22 (volets droits de Tableau 12 et Figure 8).

Dans l'ensemble, le fait de se concentrer sur le type de service ou le type d'établissement aboutit à la même conclusion : les subventions

pour les soins de santé sont régressives dans la mesure où elles favorisent les ménages les plus riches. Cela est vrai pour tous les types de services et tous les niveaux d'établissement, mais la plupart des inégalités peuvent être attribuées à l'utilisation d'hôpitaux/patients hospitalisés, qui utilise près de la moitié des ressources, mais profite surtout aux quintiles supérieurs.

Figure 8:
Distribution cumulée
des subventions
totales et détaillées

Source : Banque mondiale, HEPFI (2019). Les estimations du Niger sont basées sur ENAFEME 2021. L'ASS fait référence à la région subsaharienne (y compris l'Afrique du Sud) ; LIC fait référence aux pays à faible revenu.



6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Nous constatons que la population nigérienne la plus riche utilise des services de santé plus nombreux et de meilleure qualité et obtient de meilleurs résultats en matière de santé. Nous constatons également que cette population parvient à mieux se protéger des dépenses de santé catastrophiques et que les subventions publiques ont tendance à la favoriser en finançant les établissements de santé et les interventions qu'ils utilisent plus que le reste de la population. Pour combler ces lacunes, les stratégies de communication pour le changement de comportement pourraient être renforcées afin de stimuler la demande de services de santé, en particulier parmi les quintiles les plus pauvres, parallèlement aux stratégies visant à améliorer la qualité des services aux niveaux de soins utilisés par les plus pauvres. Garantir l'efficacité d'une politique de gratuité des soins pour prévenir les dépenses de santé catastrophiques pour les services de santé clés et pour les plus vulnérables de la population, est un autre domaine sur lequel les décideurs politiques devraient se concentrer pour réduire les inégalités dans les résultats de santé, dans l'utilisation des services de santé et les incidences des dépenses catastrophiques. Bien qu'il y ait une certaine inégalité à la fois dans les subventions et l'utilisation des services ambulatoires, la vaccination et la SRMNI, elle est beaucoup plus faible que ce qui est trouvé

pour le niveau des patients en consultation externe à l'hôpital et des hospitalisations. Nous montrons également que ces services liés aux soins de santé primaires tendent vers plus d'équité au fil du temps. Les soins de santé primaires complets sont à la fois le secteur de la santé le plus rentable et le plus équitable. Nous recommandons que le développement futur du secteur de la santé au Niger se concentre sur l'approfondissement de l'aspect des soins de santé primaires en élargissant la couverture des services de SRMNI et en réduisant les obstacles à l'accès. La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire du gouvernement du Niger peut soutenir cet effort pour accroître l'utilisation des services préventifs et répondre aux besoins de santé de base au premier niveau de la pyramide, ce qui sera plus rentable et plus équitable.

Si une approche axée sur l'offre peut aider, la demande peut également constituer un obstacle à l'amélioration de l'accès aux soins de santé. En ce qui concerne le renoncement aux soins, les raisons financières ne sont signalées que dans 14% des cas, et seulement 20% pour le quintile inférieur. Les aspects culturels de la faible demande doivent être mieux compris, mais pourraient s'avérer tout aussi importants pour améliorer l'équité en matière de soins de santé.



7. BIBLIOGRAPHIE

1. GBD network (2021) «Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», The Lancet.
2. Horton et al (2017) «Classement de 93 interventions sanitaires pour les pays à revenu faible et intermédiaire en fonction de leur coût-efficacité». PLoS One 12 (8) : e0182951
3. Laokri S, Lannes L et Eozenou P (2022), «Niger Health Financing System Assessment : Accélérer la prise de décision éclairée en matière de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle», Banque mondiale, Washington DC.
4. O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff et M. Lindelow. (2008). « Analyser l'équité en santé à l'aide de données d'enquêtes sur les ménages : un guide des techniques et de leur mise en œuvre ». Washington, D.C. : Banque mondiale.
5. MS Niger (2016) «Plan de Développement sanitaire 2017-2021», Niamey
6. MS Niger (2019) «Rapport de l'évaluation de la disponibilité de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)», Niamey.
7. MS Niger (2021) «Annuaire Statistiques de la Santé 2020», Niamey
8. MS Niger (2021), «Compte national de la santé, 2019», Niamey
9. Templin et al (2019) «La transition du surpoids et de l'obésité des riches aux pauvres dans les pays à revenu faible et intermédiaire : Une enquête sur les données des ménages de 103 pays», PLOS Medicine.
10. Wagstaff, A. (2012). «Analyse bénéfice-incidence : les dépenses publiques de santé sont-elles plus pro-riches que nous le pensons ?». Health Economics 21(4) : 351-66.
11. Wagstaff, A., M. Bilger, Z. Sajaia et M. Lokshin. (2011). « Équité en santé et protection financière : analyse simplifiée avec le logiciel ADePT ». Washington, D.C. : Banque mondiale.
12. Organisation mondiale de la santé (2018) «Building the economic case for primary health care : a scoping review», Genève : Organisation mondiale de la santé.
13. Banque mondiale (2015) «Indicateur de prestation de services de la République du Niger». Washington, D.C. : Banque mondiale.
14. Banque mondiale (2020) «Niger Public Expenditure Review» Washington, D.C. : Banque mondiale.
15. Banque mondiale (2022) «Niger Economic Update» Washington, D.C. : Banque mondiale.

Source des données

Ce rapport a été rédigé à partir des microdonnées disponibles sur les ménages. L'EHCVM a été produit il y a 4 ans et de nombreux indicateurs doivent être tirés pour la dernière enquête EDS de 2012. La répartition de la population dans le pays est également inconnue : le dernier recensement date de plus d'une décennie et toutes les bases de sondage basées sur le recensement sont potentiellement biaisées, notamment en raison du niveau de croissance démographique du Niger. La nécessité de produire des données de haute qualité en temps opportun est cruciale pour toute recommandation politique pertinente et précise.

La dernière enquête que nous avons utilisée est l'ENAFEME 2021, qui est comparée à l'EDS 2012 (indicateurs rapportés par la base de données des indicateurs harmonisés de l'HEFPI). L'EDS 2017 n'a pas été validée par des audits et n'a pas pu être utilisée pour le suivi des indicateurs SRMNI. L'EDS 2012 a interrogé 11 160 femmes (âgées de 15 à 49 ans) dans 8 506 ménages des zones rurales et urbaines des 7 régions du pays. L'ENAFEME est une version réduite de l'EDS qui a été réalisée en 2021 pour pallier le manque de données. L'échantillon est représentatif au niveau national, avec 6 905 ménages, 10 383 femmes. L'ENAFEME a interrogé les ménages au cours des mois d'avril à juillet, ce qui recoupe largement l'EDS de 2012 (février à juin). La formulation des questions et l'enregistrement des données de l'ENAFEME étaient très similaires à ceux de l'EDS : les modules sont essentiellement les mêmes. Si l'ENAFEME n'était pas beaucoup plus petite par son échantillon, elle l'était par l'ampleur des questions posées. Elle contient moins de questions sur les résultats de santé, comme les données anthropométriques et les biomarqueurs, ce qui constitue une limitation de ce rapport. Pour l'utilisation des services de santé, le chevauchement est plus important et permet des comparaisons temporelles.





SOUTENU PAR LE

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

