

Alternative Espaces Citoyens



Le droit à la santé au Niger

RAPPORT D'ANALYSE DES POLITIQUES ET DU
FINANCEMENT DE LA SANTÉ DE 2000 À 2008



Le droit à la santé au Niger

RAPPORT D'ANALYSE DES POLITIQUES ET DU
FINANCEMENT DE LA SANTÉ DE 2000 À 2008



**Alternative
Espaces Citoyens**
www.alternativeniger.org

Remerciements

La présente étude est le fruit de plusieurs contributions. Que soient remerciées ici toutes les personnes qui, à un degré ou à un autre, ont soit fourni la documentation nécessaire, rare dans ce domaine, soit apporté des amendements fort pertinents. En particulier, nous tenons à remercier tous les représentants des organisations de la société civile qui, nonobstant la surcharge de leurs activités, ont notamment pris une part active à la collecte des données. A cet égard, nous tenons à remercier tout singulièrement :

Abdo Lawaly (AEC)
Abdou Yahouza (AREN)
Amina Tchemogo (AEC)
Balkissa Hamidou (AEC)
Elhadj Idi Abdou (AEC)
Ibrahim Diori (AEC)
Daweye Nana Fassouma (SUSAS)
Mariama Chipkaou (SNEN)
Ramatou Diarra (MAPADEV)

Une mention spéciale doit être faite à OXFAM NOVIB, notre partenaire dans le cadre de ce travail sur le suivi et l'analyse budgétaire.

Ont contribué à la rédaction de ce rapport :

Moussa Tchangari
Hassane Boukar
Moussa Salifou
Souley Adjé
Abdourahamane Ousmane

Décembre 2009



Table des matières

Remerciements.....	5
Table des matières.....	6
Liste des abréviations	7
Avant-propos.....	9
Résumé Synthétique.....	11
 Chapitre 1 :	
Cadre général de l'étude	
I - Contexte de l'étude	16
II - Objectif de l'étude.....	17
III- Modèle théorique	17
 Chapitre 2 :	
Fondements du droit à la santé et analyse des politiques publiques	
I. Les fondements du droit à la santé au Nige.....	20
II. Une offre restreinte de soins de santé	25
III L'accès au médicaments, un casse-tête pour les pauvres.....	28
IV. Le marché contre le droit.....	30
 Chapitre 3 :	
Analyse budgétaire sectorielle de la santé	
I. Les sources de financement du secteur de la santé au Niger	39
II. La part de la santé dans le budget général de l'État	43
III. La répartition des allocations dans le secteur de la santé.....	47
IV. Le secteur hospitalier sous astreinte financière.....	51
 Chapitre 4 :	
L'équité dans les politiques et le financement de la santé	
I. La santé, un droit pour tous.....	59
II. Un accès inégal aux soins de santé	60
III. Le recouvrement des coûts, un obstacle pour les femmes.....	62
IV. Un timide retour à la gratuité des soins.....	64
V. L'équité dans la répartition des ressources affectées au PDS.....	66
 Bibliographie.....	 72

Liste des abréviations

AFD : Agence Française de Développement	EPIC : Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial
ARV : Anti-Rétro-Viraux	FED : Fonds Européen de Développement
ASC : Agent de Santé Communautaire	FM : Fonds Mondial
BAD : Banque Africaine de Développement	FMI : Fonds Monétaire International
BM : Banque Mondiale	FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population ou UNFPA
CEDEF : Convention sur l'Élimination de Discrimination à l'Égard des Femmes	GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunisations
CDE : Convention relative aux droits de l'enfant	HKI : Hellen Keller International
CERMES : Centre de Recherche Médicale et Sanitaire	HN : Hôpital National
CHD : Centre Hospitalier Départemental	HNN : Hôpital National de Niamey
CHR : Centre Hospitalier Régional	INS : Institut National de la Statistique
COGES : Comité de Gestion	IOM/IMA : Intervention Obstétrical Majeure pour Indication Maternelle Absolue
COSAN : Comité de Santé	ISF : Indice Synthétique de Fécondité
CPN : Consultation Prénatale	ISP : Institut de Santé Publique
CRENA : Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire	IST : Infections Sexuellement Transmissibles
CRENI : Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif	KFW : Kreditanstalt Für Wiederaufbau
CSI : Centre de Santé Intégré	MEG : Médicaments Essentiels Génériques
CUN : Communauté Urbaine de Niamey	MSF : Médecins Sans Frontières
DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique	MSP : Ministère de la Santé Publique
DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
DUDH : Déclaration Universelle des droits de l'Homme	ONG : Organisation Non Gouvernementale
EDSN : Enquêtes Démographiques et de Santé Nationales	ONPPC : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique	PAM : Programme Alimentaire Mondial
EPA : Etablissement Public à Caractère Administratif	PCA : Paquet Complémentaire d'Activités
	PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
	PDS : Plan de Développement Sanitaire

PEV : Programme Élargi de Vaccination	Sanitaire
PIB : Produit Intérieur Brut	SR : Santé de la Reproduction
PIDESC : Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	SRP : Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
PMA : Paquet Minimum d'Activités	SSP : Soins de Santé Primaires
PPTE : Pays Pauvres Très Endettés	TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
PTF : Partenaire Technique et Financier	UE : Union Européenne
QUIBB : Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être	UEMOA : Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
RC : Recouvrement des coûts	UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
RGP/H : Recensement Général de la Population et de l'Habitat	USAID : United State Agency for International Development
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise	Développement International)
SNIS : Système National d'Information	VIH : Virus d'Immunodéficience humaine

Avant-propos

Une fois que l'on a eu l'occasion de passer en revue les indicateurs de santé du Niger, l'on ressort quelque peu avec l'impression que dans ce pays, l'on atteint difficilement l'âge adulte, a fortiori la vieillesse, tellement le lugubre côtoie le mortifère, dès lors même que donner la vie et la voir grandir s'apparente à la traversée d'un chemin pavé de mines. Puis, on se rappelle aussitôt qu'il s'agit de l'un des pays les plus pauvres du monde ; toutefois, la pauvreté du pays ne justifie pas tout, puisque nous savons que cette situation découle principalement d'un choix politique peu soucieux du bien-être des populations.

Le domaine de la santé semble à lui seul résumer l'état de sous-développement chronique et de déni de droits humains dans ce pays d'environ 15 millions d'habitants, dont la grande majorité n'a pas accès aux soins de santé et aux médicaments. Cinquante (50) ans après son indépendance, et après avoir souscrit à nombre de déclarations et conventions internationales portant sur la promotion des droits humains, notamment celui relatif à la santé, le Niger reste encore un vaste mouvoir, où les infrastructures sanitaires sont rares, les morbidités fréquentes et l'espérance de vie des plus courtes.

Les reportages des médias et les rapports des organisations humanitaires décrivent régulièrement les difficultés quotidiennes, parfois sur fond de tragédie, que vivent les populations, en particulier dans les zones rurales. Faute de centres de soins équipés et de personnels adéquats, des centaines de femmes meurent chaque année en donnant la vie, et leurs bébés atteindront rarement la première année. L'insuffisance de suivi des grossesses, les évacuations tardives, les hémorragies et ruptures utérines et les dystocies constituent ainsi le lot quotidien des femmes nigériennes, et sont les principales causes de la forte mortalité maternelle.

Avec une moyenne de sept (7) enfants au cours de leur vie, les femmes qui survivent à ces problèmes, en particulier celles qui vivent dans les ménages démunis, doivent relever un autre challenge : accéder aux soins de santé devenus payants depuis la généralisation du recouvrement des coûts. Pour les ménages pauvres, le recours à la pharmacopée traditionnelle, pas toujours fiable, et surtout aux pharmacies par terre, devient systématiquement la règle, car à bas prix et à portée de main. Bébés, enfants, adultes, hommes et femmes, sont ainsi dopés de produits chimiques, bien souvent périmés et surtout pris en automédication, en prétendant ainsi venir à bout de toutes les morbidités : paludisme, infections respiratoires aiguës, diarrhées, hypertension, etc.

Le drame du secteur de la santé est aussi celui de ces districts sanitaires, dispensaires et hôpitaux sous-équipés en matériels et en personnels qualifiés, de ces salles d'accueil bondées, de ces salles d'opération dégarnies et de ces malades abandonnés à eux-mêmes à même le sol, faute de ressources financières pour acheter les médicaments. L'accessibilité et la disponibilité des prestations de qualité à tous les niveaux du système de santé restent encore un leurre ; car, de la consultation du médecin à l'éventuelle hospitalisation en passant par les ordonnances, tous les actes médicaux prescrits sont généralement payants.

Il est grand temps de reconnaître qu'un pays est condamné si les citoyens ne peuvent pas jouir du droit à la santé, ne peuvent en l'occurrence avoir immédiatement accès à des centres de soins et à des médicaments au moment opportun, ou ne peuvent eux-mêmes se prendre médicalement en charge du fait de leur état de précarité. Au-delà des professions de foi sur la gratuité de certains actes médicaux, il y a lieu de mettre impérativement en œuvre tous les dispositifs juridiques, nationaux et internationaux, devant faire bénéficier les hommes et les femmes

de leur droit légitime à la santé.

C'est dans cette optique que, avec l'appui de ses partenaires, l'Association Alternative Espaces Citoyens a produit ce rapport, où sont examinées notamment les politiques de santé et de son financement en cours au Niger. L'objectif poursuivi est d'offrir aux organisations de la société civile un précieux outil susceptible de rehausser leur niveau de compréhension des enjeux et défis du secteur de la santé et d'alimenter leurs campagnes et actions de plaidoyer en faveur du droit à la santé au Niger.

Dr Souley ADJI
PRESIDENT DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION

Résumé synthétique

A l'instar de la plupart des pays africains, la République du Niger reconnaît la santé comme un droit fondamental de tout citoyen. La définition en vigueur est celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui stipule que *«la santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité»*.

S'il est vrai que la rhétorique officielle fait désormais référence à ce droit fondamental, comme on peut le constater dès les premières pages du Plan de développement sanitaire 2005-2010, force est de constater que les autorités n'ont jamais songé à adopter une loi-cadre relative au droit à la santé, comme l'a recommandé vivement le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Les politiques publiques de santé sont quant à elles encore orientées vers la promotion d'un financement privé des soins de santé à travers principalement la participation financière des usagers ; alors qu'il est établi que les modalités actuelles de cette participation financière sont une source supplémentaire d'exclusion des groupes vulnérables.

Le recouvrement des coûts, un obstacle au droit à la santé

Aujourd'hui, la situation sanitaire des populations nigériennes demeure particulièrement préoccupante. Le taux de couverture sanitaire, qui est un des indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer le niveau d'accès des populations aux soins, n'atteint pas encore le seuil de 50%. Cette situation découle du fait que la plupart des programmes publics mis en œuvre au cours de ces dernières années ont été guidés par le souci de réaliser des économies budgétaires et de promouvoir la participation financière des usagers.

Au regard de la gravité de la situation sanitaire, les autorités nigériennes ont adopté en 2002 une déclaration de politique sectorielle de la santé pour corriger les insuffisances constatées dans la mise en œuvre du PDS 1994-2000. Cette nouvelle déclaration de politique sectorielle, qui a servi de base pour l'élaboration d'un nouveau plan de développement sanitaire pour la période 2005-2010, devrait apporter des réponses adéquates à quatre (4) défis majeurs : (i) état nutritionnel précaire des populations ; (ii) forts taux de mortalité maternelle (7‰), infantile (123‰) et infanto juvénile (274‰) ; (iii) faible couverture sanitaire (47,6%) ; (iv) iniquité dans l'accès aux soins et services de santé entre la population urbaine et rurale.

Aussi, le nouveau plan de développement sanitaire 2005-2010 s'est-il assigné comme objectif général de «contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficience et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles»; mais, à l'instar du précédent plan de développement sanitaire (1994-2000), le nouveau plan prétend lui aussi atteindre ce noble objectif dans le cadre du recouvrement des coûts des soins de santé auprès d'une population pourtant totalement pauvre.

Aujourd'hui, le maintien de la politique de recouvrement des coûts au niveau des centres de santé, en l'absence d'un soutien financier conséquent de l'État, soulève la question de la continuité même des prestations des soins aux populations; et à ce propos, toutes les études sérieuses soulignent la nécessité de sortir de la logique de marchandisation et d'encourager les États à restaurer la gratuité des soins de santé, conformément à leurs obligations juridiques.

Le financement de la santé, un grand défi pour l'État

Selon le Rapport national 2007 sur les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement, le Niger devra mobiliser 324,9 milliards de francs CFA pour couvrir les besoins en nutrition ; 326,2 milliards de francs CFA pour réduire la mortalité infantile ; 131 milliards de francs CFA pour réduire la mortalité maternelle ; 215,4 milliards de francs CFA pour arrêter la propagation du VIH/SIDA ; 8,1 milliards francs CFA pour maîtriser la tuberculose ; 81,6 milliards de francs CFA pour maîtriser le paludisme ; et 359,2 milliards de francs CFA pour réduire de moitié la proportion de la population n'ayant pas accès à l'eau potable.

Au regard de ces chiffres importants, on mesure l'ampleur du défi que l'État nigérien devra relever pour réaliser le droit à la santé consacré par les instruments juridiques internationaux et régionaux et par la Constitution du 9 août 1999. Ce défi est d'autant plus ardu que le contexte international actuel, caractérisé notamment par une grave crise économique, n'incite guère à l'optimisme quant à une forte mobilisation des ressources extérieures, qui représentent à l'heure actuelle une part considérable du budget alloué au Ministère de la santé publique et au Plan de développement sanitaire 2005-2010.

Au cours de ces dernières années, la part des ressources extérieures, qui représentait 22% du budget prévisionnel du Ministère de la santé en 2006, est montée à 40% en 2007. Les chiffres disponibles indiquent que la contribution des partenaires techniques et financiers au financement de la santé est devenue même prépondérante au niveau des régions où elle s'établissait en 2006 à 50% des ressources affectées contre 23% venant de l'État. Cette situation rend compte à la fois de la forte dépendance du pays vis-à-vis du financement extérieur et du poids considérable des bailleurs de fonds dans la définition des politiques en matière de santé.

Sur la période 2000-2008, la part du budget prévisionnel du Ministère de la santé dans le budget général de l'État a connu une évolution en dents de scie. Estimée à 8,8% en 2003, la part de la santé dans le budget prévisionnel général de l'État a chuté à 6% en 2005, avant de remonter à 9,5% en 2007 ; mais, elle est restée stable autour de 9,5% entre 2007 et 2008, malgré un taux de croissance de 23% du budget du Ministère de la santé. En pourcentage du PIB, le budget prévisionnel du MSP est passé de 2% du PIB du pays en 2003 à 2,3% en 2007.

Cependant, il importe de souligner que la croissance du budget du ministère de la santé n'est que théorique ; car, les taux de croissance de ce budget sont établis sans prendre en compte l'inflation. Les montants réels des allocations, calculés sur la base du taux d'inflation, sont nettement inférieurs aux montants nominaux. En prenant l'année 2001 comme année de référence, on s'aperçoit aisément que le budget de la santé était pratiquement en chute libre entre 2001 et 2004 ; et malgré la timide remontée observée à partir de 2005, ce budget n'avait pas atteint en 2006 son niveau de 2001.

En outre, l'analyse du budget du MSP montre que la part allouée à la santé dans le budget général de l'État au cours des cinq (5) dernières années peine à atteindre les 10% recommandés par l'OMS, et qu'elle est évidemment loin des 15% décidés lors du sommet des Chefs d'État d'Abuja en 2001. Ce qui signifie que l'État nigérien est très loin de tenir ses engagements internationaux en faveur de la réalisation de la santé pour tous ; alors qu'il se proposait, dans le cadre du plan de développement sanitaire 2005-2010, de porter la part du budget consacrée à la santé

à au moins 10% du total des dépenses publiques à l'horizon 2009.

Replacer l'équité au cœur des politiques et du budget de la santé

Au Niger, le secteur de la santé est l'un des domaines où l'on observe des inégalités criantes dans l'accès aux ressources publiques entre les citadins et les ruraux et entre les pauvres et les non pauvres. Selon le rapport d'analyse de l'enquête QUIBB 2005 sur le profil de pauvreté, les habitants des centres urbains bénéficient d'une part des dépenses de santé nettement plus importante que ceux des campagnes. Les dépenses annuelles consacrées aux soins de santé sont estimées à 12 527,78 FCFA à Niamey contre 2 799 Fcfa en milieu rural. Les non pauvres consacrent près de 8 018,28 FCFA pour les dépenses de santé, tandis que les pauvres ne consacrent que 1 438,61 FCFA par tête.

Aujourd'hui, même s'il est réjouissant de constater que la problématique de l'équité dans l'accès aux soins de santé semble de plus en plus trouver un écho favorable dans les politiques publiques, il convient de souligner qu'il n'est pas encore question pour les autorités nigériennes de remettre en cause radicalement les politiques antérieures s'inscrivant dans l'optique de l'ajustement structurel. Certes, les politiques adoptées au cours de ces dernières années font une référence symbolique au droit à la santé et affirment au moins théoriquement vouloir améliorer l'accessibilité des soins de santé pour tous; mais, la plupart des programmes publics de santé, y compris le Plan de développement sanitaire, n'apportent aucune réponse adéquate au problème primordial et crucial de l'accessibilité financière des soins de santé pour les femmes, les enfants et les populations rurales.

En dépit des vives critiques formulées à l'encontre du recouvrement des coûts, il a fallu attendre novembre 2005 pour que les autorités nigériennes songent à mettre en place un mécanisme de gratuité des soins de santé pour les groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants de 0 à 5 ans. La politique poursuivie actuellement par le gouvernement consiste à fournir « des prestations de soins à la population cible sans qu'elle ne participe financièrement ». La gratuité s'applique à cinq (5) domaines spécifiques, à savoir (i) la prise en charge des enfants malades de moins de 5 ans ; (ii) les consultations prénatales ; (iii) la césarienne pour les femmes enceintes ; (iv) la planification familiale ; (v) le dépistage et la prise en charge du cancer gynécologique.

Par ailleurs, il convient de noter que le Plan de développement sanitaire 2005-2010, même s'il n'est pas un modèle en matière de prise en compte de l'équité, reconnaît l'importance de s'attaquer à la mortalité maternelle et infantile. L'analyse budgétaire de ce plan fait ressortir que la plus grosse part des ressources a été allouée aux objectifs spécifiques relatifs à la santé de la reproduction et à l'accessibilité des populations aux services et soins de qualité. Ces deux objectifs spécifiques reçoivent respectivement 39% et 21% des ressources totales destinées au PDS, soit au total 60% de la prévision budgétaire sur la période 2005-2010.

Cependant, l'analyse budgétaire du PDS 2005-2010 fait ressortir que des efforts considérables doivent encore être fournis par les autorités nigériennes pour mieux prendre en compte les problèmes sanitaires auxquels les femmes et les enfants sont confrontés. La prise en compte de ces problèmes à travers les programmes publics de santé doit se matérialiser par des allocations budgétaires adéquates pour des activités contribuant effectivement à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile ; car, il est évident que le meilleur programme de



santé, en termes d'objectifs pertinents et de stratégies efficaces, ne saurait produire des résultats satisfaisants, si l'allocation des ressources n'est pas suffisante et adéquate.

Sortir de la dépendance extérieure

Aujourd'hui, des nombreux acteurs de la société civile sont d'avis qu'il est possible de sortir du cercle vicieux de la dépendance vis-à-vis des sources de financement extérieur ; car, cette dépendance s'alimente surtout du manque de volonté politique des autorités à améliorer la gestion des ressources disponibles et à initier une approche novatrice de financement du secteur de la santé. Les acteurs de la société civile sont convaincus qu'une lutte ardue contre la corruption dans le secteur de la santé, même s'il est évident qu'elle ne suffira pas à relever le défi d'un financement endogène du secteur, pourrait aider à faire des progrès importants vers la réalisation du droit à la santé pour tous.

Par ailleurs, l'examen de la politique fiscale du gouvernement révèle qu'il existe bel et bien d'autres possibilités de financement du secteur de la santé ; et à l'heure actuelle, l'une de ces possibilités demeure la suppression ou la limitation des exonérations doctement accordées aux grosses compagnies multinationales implantées dans le pays. Entre 2005 et 2007, l'État nigérien a accordé des exonérations de la TVA seulement de l'ordre 26,7 milliards de francs CFA à quatre (4) compagnies minières (COMINAK, SOMAIR, COGEMA et SONICHAR). Le montant de ces exonérations correspond à 87% des ressources extérieures mobilisées (sur la base des chiffres du FMI) pour le secteur de la santé pendant la même période.

Cet exemple démontre clairement que l'État nigérien ne reçoit pas des bailleurs de fonds extérieurs plus qu'il n'en donne lui-même aux grandes compagnies sous forme de subventions indirectes découlant du code minier ou du code des investissements. Aussi, il semble évident que l'État a tout intérêt à revoir sa politique fiscale dans ce domaine. Ce qui lui permettrait de gagner à la fois en souveraineté et en ressources pour assumer ses obligations en matière de financement de la santé.

CHAPITRE 1 : CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

I - CONTEXTE DE L'ETUDE

Depuis le début du Programme d'ajustement structurel (PAS) dans les années 1980, l'État nigérien s'est engagé dans des réformes d'inspiration libérale, qui mettent au second plan l'amélioration des conditions de vie des populations. Ces réformes se sont traduites par le désengagement de l'État de tous les secteurs économiques jugés concurrentiels, la privatisation des entreprises publiques, la réduction drastique des dépenses sociales, la suppression des subventions aux produits de base, la taxation des denrées de grande consommation, le démantèlement de toutes les structures d'appui à l'agriculture, etc. Les mesures préconisées dans le cadre de ces réformes ont largement contribué à rendre difficile l'accès des populations aux services essentiels de base, en particulier celui de la santé.

Sur ce plan, les programmes d'ajustement structurel se sont traduits par une diminution substantielle des dépenses publiques de santé et un abandon brutal de la gratuité des soins de santé. Amorcé en 1984, lors du débat national de Maradi sur la santé, le renoncement à la gratuité des soins de santé a été concrétisé et formalisé dix (10) ans plus tard, avec la généralisation de la politique de recouvrement des coûts.

Les autorités nigériennes ont adopté d'une part une série de textes législatifs et réglementaires instaurant un système de tarification des soins dans tous les centres de santé ; et d'autre part une déclaration de politique sectorielle de santé accompagnée d'un Plan de développement sanitaire (PDS) 1994-2000, dont l'objectif officiel est d'améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés.

A partir de 2002, les mêmes autorités ont adopté une nouvelle déclaration de politique sectorielle et un nouveau Plan de développement sanitaire pour la période 2005-2010. L'objectif général de ce plan est de «contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.» Cependant, la politique de recouvrement des coûts des soins qui constituait le socle des réformes antérieures, n'a pas été fondamentalement remise en cause. Néanmoins, les autorités nigériennes ont commencé à prendre en compte, à partir de novembre 2005, les critiques formulées à l'encontre de la politique de recouvrement des coûts ; car, avec l'appui de certains partenaires extérieurs, elles tentent désormais de mettre en place un filet social sanitaire au profit des femmes et des enfants de 0 à 5 ans.

Au final, il importe de souligner que l'état sanitaire de la majorité de la population demeure encore très précaire, en dépit de nombreux programmes publics de santé mis en œuvre. Avec une couverture sanitaire estimée à moins de 50%, le Niger affichait en 2006 des indicateurs particulièrement préoccupants : (i) un taux de mortalité maternelle de 648 décès pour 100 000 naissances vivantes ; (ii) un taux de mortalité infantile de 81 pour 1 000 ; et (iii) un taux de mortalité infantile-juvénile de 198 pour 1 000. Cette triste situation s'explique par la faible couverture (5% seulement) en soins obstétricaux d'urgence pour les femmes et une couverture vaccinale faible pour les enfants de 0 à 23 mois.

En raison de l'importance de la santé dans le développement d'un pays, Alternative Espaces Citoyens (AEC) estime qu'une analyse budgétaire du secteur permet de vérifier amplement la conformité des allocations budgétaires aux priorités et objectifs assignés aux programmes et politiques sanitaires. Cette analyse peut également fournir les informations nécessaires pour influencer les décisions politiques gouvernementales, dans le cadre d'un plaidoyer visant à garantir à tous les citoyens nigériens leur droit à la santé.

II -OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général de l'étude est d'analyser les politiques publiques et les processus budgétaires dans le domaine de la santé, afin d'évaluer l'impact de ceux-ci sur l'effectivité du droit à la santé au Niger. De manière spécifique, il s'agit de :

1. Analyser les politiques publiques – passées et actuelles - en matière de santé au Niger en mettant en exergue les disparités entre les villes et les campagnes et la (non) prise en compte de l'accès des groupes vulnérables (femmes et enfants) aux soins de santé ;
2. Rappeler les engagements internationaux, régionaux et sous régionaux pris par le Niger en matière du droit à la santé et évaluer la prise en compte ou non de ces engagements dans les politiques nationales ;
3. Analyser depuis 2000 les dépenses publiques en matière de santé au Niger, en indiquant les principales sources de financement dans ce secteur, l'évolution des dépenses, la part de ce secteur dans les différents budgets de l'Etat, la (non) prise en compte du genre ;
4. Comparer les parts des budgets alloués au secteur de la santé aux besoins des populations, afin d'évaluer si les investissements publics permettent ou pas de réaliser le droit à la santé au Niger ;
5. Formuler des recommandations à l'endroit de l'Etat en vue de réaliser effectivement le droit à la santé au Niger ;

III- MODELE ET CADRE THEORIQUE

La question de l'analyse et du suivi budgétaire a fait l'objet de plusieurs études ces dernières années. La plupart d'entre elles insistent sur les raisons pour lesquelles les budgets gouvernementaux sont importants pour les citoyens et méritent donc d'être analysés avec beaucoup de sérieux. Ces raisons peuvent être regroupées autour de quatre (4) axes principaux : (i) le budget, dans un contexte démocratique, doit être le reflet des objectifs et des besoins des citoyens ; (ii) la centralité du rôle de l'État dans l'économie : la manière dont l'État génère et dépense les ressources a des répercussions directes sur la vie quotidienne des citoyens ; (iii) le budget représente le lien vital qui transforme la politique en prestations de services publics ; (iv) le budget est l'instrument privilégié de redistribution des ressources.

Partant de ces quatre principes, il s'agira d'examiner et d'interroger les budgets de l'Etat du Niger, dans le secteur de la santé, à partir de quatre (4) déterminants majeurs :



- La priorité : le secteur de la santé – comparé aux autres sur la base des allocations budgétaires - fait-il partie des priorités de l'Etat nigérien ?
- La suffisance : les montants réels alloués au secteur de la santé, suffisent-ils pour garantir la jouissance effective du droit à la santé ;
- La progression : les allocations budgétaires du secteur de la santé ont-elles progressé ou régressé entre 2000 et 2008 ? La progression suit-elle le rythme des besoins ?
- L'équité : les budgets de l'Etat dans le secteur de la santé tiennent-ils compte du genre, des groupes défavorisés (personnes handicapées et indigentes) et des disparités entre les villes et les campagnes ?

CHAPITRE 2 : FONDEMENTS DU DROIT À LA SANTÉ ET ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Introduction

Trente (30) ans après la tenue de la conférence de Alma Ata, le mot d'ordre *«la santé pour tous en l'an 2000»* résonne aujourd'hui comme un slogan creux dans de nombreux pays africains. Au Niger, ce dicton est même à l'abandon, car la situation sanitaire ne s'est guère significativement améliorée au cours des trois (3) dernières décennies.

Certes des progrès non négligeables ont été réalisés dans la construction des infrastructures - avec notamment la multiplication des cases de santé dans le cadre de l'Initiative PPTE, mais force est de constater que celles-ci manquent cruellement de moyens humains et de médicaments nécessaires pour assurer une prise en charge adéquate des problèmes sanitaires. En dépit de ces améliorations, plus de six (6) millions de Nigériens se trouvent à plus de 5km d'un centre de santé, et environ deux (2) millions à plus de 15km. En outre, le taux de couverture en consultation prénatale (CPN) est de 71,94% en 2007; tandis que le taux de prévalence contraceptive se situe à 9,4% au cours de la même année.

Entre 1978 et 2008, les politiques publiques mises en œuvre dans le domaine de la santé ont considérablement évolué, sous l'influence des institutions financières internationales (FMI et Banque mondiale). Mais, l'élément principal de cette évolution demeure l'abandon progressif de la gratuité des soins de santé, adoptée au lendemain de l'indépendance du pays en 1960. La mise en œuvre de l'initiative de Bamako a ouvert la voie à la marchandisation des soins de santé, avec comme conséquence la baisse considérable de la fréquentation des centres de santé.

Aujourd'hui, il est clairement établi au Niger que le recouvrement des coûts des soins constitue l'un des véritables obstacles à l'accès aux soins de santé pour des millions de personnes. Mais les autorités nigériennes ne semblent pas encore prêtes à abandonner cette politique, qui semble être le talon d'Achille de tous les programmes publics de santé.

A travers le présent chapitre, il est question d'analyser les politiques publiques de santé, en particulier le Plan de développement sanitaire 2005-2010, suivant une approche basée sur le droit. En partant des obligations de l'État telles que prévues par les instruments juridiques relatifs au droit à la santé, l'analyse s'articule principalement autour de la politique de recouvrement des coûts des soins, qui est le dénominateur commun de tous les programmes publics de santé depuis le début des années 1980.

I. Les fondements du droit à la santé au Niger

A l'instar de la plupart des pays africains, la République du Niger reconnaît la santé comme un droit fondamental de tout être humain. La définition en vigueur est celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui stipule que *«la santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité»*.

La reconnaissance de la santé comme un droit humain fondamental découle tout d'abord des dispositions de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui stipule que *«toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires»*. Cette disposition a été renforcée par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), qui fait obligation aux États de

respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé, à travers des mesures visant à assurer à toute personne, sans aucune forme de discrimination, le meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre.

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le champ d'application du droit à la santé, compris comme un droit global au sens de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), ne doit pas être réduit aux seules *«prestations de soins de santé appropriés en temps opportun.»* La santé dépend également d'autres facteurs fondamentaux tels que *«l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relative à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique»*.

Le Comité souligne que la reconnaissance du droit à la santé impose à chaque État trois (3) catégories d'obligations : (i) l'obligation de respecter, qui signifie que l'État s'abstient d'entraver directement ou indirectement l'exercice de ce droit ; (ii) l'obligation de protéger, qui signifie que l'État prend des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12 du pacte; et (iii) l'obligation de mettre en œuvre, qui signifie que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour assurer la réalisation du droit.

Par ailleurs, le Comité estime que la réalisation du droit à la santé suppose au moins quatre (4) conditions critiques que les États parties au PIDESC doivent assurer : (i) la disponibilité en quantité suffisante des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé; (ii) l'accessibilité physique et économique des installations, biens et services en matière de santé, y compris de l'information, pour toute personne relevant de la juridiction des États parties, sans discrimination aucune ; (iii) l'acceptabilité des installations, biens et services en matière de santé, qui doivent être respectueux de l'éthique médicale et de la culture, réceptifs aux exigences spécifiques au statut des personnes et conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés; (iv) la qualité des installations, biens et services qui doivent être scientifiquement et médicalement appropriés, avec un personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du droit à la santé, chaque État signataire du PIDESC est tenu non seulement d'adopter une loi-cadre spécifique, mais aussi de se doter d'une politique nationale de santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels considère également que chaque État doit mettre en place des mécanismes de participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire et national. A travers sa loi-cadre et sa politique nationale de santé, chaque État doit s'efforcer d'une part d'assurer la fourniture des soins de santé, y compris la vaccination contre les grandes maladies infectieuses et les services de soins génésiques, et d'autre part de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé (alimentation, eau potable, assainissement, logement, etc.).

L'État doit également veiller à ce que l'offre des soins de santé soit suffisante quantitativement et qualitativement, tant sur le plan des infrastructures que des personnels médicaux ; de même qu'il doit veiller à ce que les infrastructures soient bien réparties dans le pays et que les méde-

cins et autres personnels médicaux suivent une formation appropriée. Enfin, l'État a le devoir d'instituer un système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous, de promouvoir la recherche médicale et l'éducation sanitaire, de mener des campagnes d'information sur les problèmes de santé, de définir une politique de réduction des risques d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

En dehors du PIDESC, il convient de noter que plusieurs autres instruments juridiques internationaux ou régionaux ratifiés par le Niger ont traité du droit à la santé et énoncé des garanties pour des groupes déterminés. Au nombre de ces instruments, il faut citer la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) qui traite de ce droit, notamment en ses articles 11 et 12, qui engagent les États parties à prendre toutes les mesures appropriées pour assurer la protection sociale et éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé. Cette convention stipule que les femmes ont le droit de bénéficier des conditions de travail qui protègent leur santé et qu'elles doivent être protégées contre toutes mesures arbitraires provenant de l'employeur, du fait de l'accouchement, du mariage, etc. Les États signataires de cette convention doivent faire en sorte que les femmes aient accès aux soins de santé, y compris à la planification familiale, dans les mêmes conditions que les hommes et dans n'importe quel hôpital ou centre de santé. L'article 12 de la convention dispose que les États parties sont tenus de veiller à ce que pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement, les femmes puissent bénéficier, si possible gratuitement, des soins médicaux nécessaires et d'une alimentation appropriée.

Adoptée en 1989, la Convention relative aux droits de l'enfant traite quant à elle du droit à la santé de l'enfant en son article 24, qui dispose que *«les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation»*. En vue d'assurer la réalisation intégrale de ce droit, la convention engage les États à prendre les mesures appropriées pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, lutter contre la maladie et la malnutrition, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel. La convention dispose que les États parties sont aussi tenus de veiller à ce que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement, la prévention des accidents. Elle précise que les parents doivent bénéficier d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information et développer les soins de santé préventifs, ainsi que des conseils et services en matière de planification familiale.

En outre, la convention souligne que les États doivent s'efforcer de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès aux services de santé; et ils doivent prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. L'article 32 stipule que *«les États parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social»*. L'article 17 de la convention engage les États parties à veiller à ce que *«l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale»*.

Les articles 23, 25 et 32 de la CDE énoncent des garanties en faveur des groupes d'enfants particulièrement vulnérables, notamment les enfants handicapés. Sur ce point, la convention dispose que les enfants handicapés ont le droit de bénéficier de soins spéciaux et engage les États parties à leur octroyer une aide adaptée à leur état et à la situation de leurs parents ou tuteurs. Cette aide doit être gratuite et viser à assurer l'accès de ces enfants à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives. Elle doit aussi assurer à ces enfants une intégration sociale aussi complète que possible et un épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

Outre ces instruments juridiques internationaux, le droit à la santé est reconnu également comme un droit fondamental à travers les traités régionaux africains relatifs aux droits de l'homme. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples stipule en son article 16 que *«toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre»*, et engage les États signataires à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

Ces dispositions ont été reprises par la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant en son article 14, qui stipule que *«tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible»*. Cette dernière fait obligation aux États parties de poursuivre la réalisation du plein exercice de ce droit, notamment en prenant des mesures aux fins de réduire la mortalité prénatale et infantile, assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires, assurer la fourniture d'une alimentation adéquate et d'eau potable et lutter contre la maladie et la malnutrition par l'application des techniques appropriées.

Sur la base des instruments juridiques internationaux et régionaux qu'elle a ratifié, la République du Niger a consacré le droit à la santé à travers la Constitution du 9 août 1999, dont l'article 11 dispose que *«chacun a droit à la vie, à la santé, à la sécurité, à l'intégrité physique et mentale, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi»*. L'article 10 de la Constitution nigérienne affirme clairement que la personne humaine est sacrée et que l'État a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. L'article 27 consacre le droit à un environnement sain et fait obligation à l'État de veiller à la protection de l'environnement. La loi fondamentale nigérienne qualifie d'ailleurs de crime contre la nation *«le transit, l'importation, le stockage, l'enfouissement, le déversement sur le territoire national de déchets toxiques ou polluants étrangers ainsi que tout accord y relatif»*.

En application de ces dispositions constitutionnelles, l'État nigérien a élaboré plusieurs textes internes, notamment réglementaires, pour régir le secteur de la santé dans le pays. Mais, force est de constater que la plupart des ces textes s'écartent des normes établies par les instruments juridiques internationaux et régionaux.

En effet, nombre de ces textes consacrent une logique de marchandisation des soins de santé, à travers notamment la politique dite de recouvrement des coûts, issue de l'initiative de Bamako adoptée par les ministres africains de la santé en 1987. Les principaux textes législatifs et réglementaires adoptés par les autorités nigériennes, en particulier la loi N°95-04 du 03 juillet 1995 relative au recouvrement des coûts et son décret d'application N°96-224 du 29 juin 1996, ouvrent la voie à un désengagement progressif de l'État et à une «responsabilisation» des populations dans le secteur de la santé.

Le trait distinctif de ces deux (2) importants textes, qui traitent des conditions d'accès aux soins de santé primaires dans le secteur non hospitalier, est qu'ils ne prennent pas en compte l'esprit de la déclaration de Alma Ata; car, ils escamotent volontairement le fait que les soins de santé primaires devraient être des *«soins de santé essentiels universellement accessibles et abordables pour tous dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination»*. L'adoption de ces textes par les autorités nigériennes a été davantage guidée par le souci de réduire les dépenses publiques de santé que par la volonté de garantir à tous l'accès aux soins de santé.

Sur ce point, il convient de souligner que le décret du 29 juin 1996 institue une participation financière des usagers des services de santé publique, dont les taux sont fixés dans les limites définies par arrêté conjoint du ministre de la santé et du ministre chargé des finances. L'article 5 de ce décret dispose que les modes de participation sont, selon le choix des conseils locaux, soit la participation à l'épisode de maladie ou mode de participation directe, soit le paiement de centimes additionnels au compte de l'État ou mode de participation indirecte.

Dans le premier cas, il s'agit de percevoir auprès du patient ou de sa mutuelle un montant pré-alablement fixé au titre de sa participation financière aux soins de santé. Dans le second, il s'agit de percevoir auprès des populations des centimes payables en même temps que la taxe locale, en contrepartie d'un ticket modérateur donnant droit à des soins. Les conseils locaux peuvent associer les deux formules de participation financière; mais, à la condition de satisfaire au principe d'équité et aux conditions de viabilité financière des services de santé.

S'il est vrai que le décret précise explicitement que le coût réel des prestations fournies doit tenir compte de la capacité contributive des populations et viser la nécessité d'assurer une amélioration continue des soins, il n'en demeure pas moins que l'introduction d'une politique de tarification des soins ouvre la voie à une remise en cause de fait du droit à la santé pour une large proportion de la population nigérienne affectée durement par la pauvreté. Les statistiques d'accès aux soins de santé corroborent parfaitement ce constat ; car, elles indiquent que la tarification a fait baisser considérablement le taux d'utilisation des soins curatifs et préventifs dans l'ensemble du pays.

Ainsi, il apparaît clairement que la principale lacune de tous les textes relatifs au recouvrement des coûts réside d'ailleurs dans le fait qu'ils sont volontairement muets sur les moyens d'une part de garantir l'équité dans l'accès aux soins en faveur des plus démunis, et d'autre part de combler les déficits enregistrés au niveau des centres de santé où le système de tarification en vigueur ne permet pas d'assurer la viabilité financière et la continuité des services.

Dans le cadre de la politique de recouvrement des coûts, il convient également de mentionner que les autorités nigériennes ont adopté un texte réglementaire, l'arrêté N°0071/MSP du 31 Mars 1999, portant statut-types des comités de santé dans le secteur non hospitalier. Cet arrêté prévoit la mise en place des comités de santé composés, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de délégués issus des communautés et des équipes locales de santé. Les comités de santé sont des structures de participation communautaire, dotées d'une personnalité juridique et d'une autonomie financière, afin de contribuer au financement des soins de santé primaires et à la promotion de la santé des individus, des familles et des communautés. L'article 50 de l'arrêté confère à ces comités le droit de lever des fonds, à travers notamment des contributions aux soins et prestations de services, des activités génératrices de revenus, des cotisations et des

libéralités des membres, des subventions, des revenus des biens, des dotations du budget de l'État et de la collectivité, des dons et legs, etc. Les ressources engrangées doivent permettre aux comités de mobiliser les communautés locales pour le développement sanitaire et l'amélioration des prestations des services pour mieux répondre aux besoins des populations.

Sur le volet de l'hygiène du milieu, les autorités nigériennes ont institué une police sanitaire régie par le décret N°99-433/PCRN/MSP du 1er Novembre 1999 qui fixe la structure, la composition et le fonctionnement de la police sanitaire. L'article 2 de ce décret dispose que *«la police sanitaire est chargée d'assurer le respect et l'exécution des textes législatifs et réglementaires en matière d'hygiène publique sur toute l'étendue du territoire national et de rechercher, constater les infractions à la législation en matière d'hygiène publique et dresser procès verbaux»*. La police d'hygiène a le pouvoir de contrôler l'application des dispositions du code d'hygiène publique et de percevoir des amendes conformément aux dispositions du code pénal. Administrativement rattachée à la direction chargée de l'hygiène publique du Ministère chargé de la santé publique, la police sanitaire participe à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la Politique Nationale en matière d'hygiène et d'assainissement. Cette police comprend une brigade nationale, des brigades régionales, départementales, communales et des postes de contrôle aux frontières.

II. Une offre restreinte de soins de santé

Après trois (3) décennies de mise en œuvre des politiques d'ajustement structurel, les difficultés d'accès aux soins de santé se sont fortement accrues au Niger. Le taux de couverture sanitaire, qui est l'un des indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer le niveau d'accès des populations aux soins, n'atteint pas encore le seuil de 50%. Cette situation découle du fait que la plupart des programmes publics mis en œuvre au cours de ces dernières années ont été guidés par le souci de réaliser des économies budgétaires et de promouvoir la participation financière des usagers.

Certes, l'État nigérien a continué à réaliser des investissements dans le secteur de la santé, notamment pour construire des infrastructures ; mais, il apparaît improbable d'atteindre, à l'horizon 2011, l'objectif fixé par la déclaration de politique sanitaire de 2002, qui se propose de réaliser un taux de couverture sanitaire de 80% dans un rayon de 5km d'une formation sanitaire. A l'heure actuelle, la couverture sanitaire est assurée par des établissements de soins de santé relevant à la fois du secteur public et du secteur privé à but lucratif. La structure de l'offre publique de biens et services médicaux est constituée sur le plan technique de trois (3) niveaux de prestations.

Le premier niveau est constitué par les Centres de Santé Intégrés (CSI), dont la mission principale est d'assurer des prestations primaires de soins promotionnels, préventifs et curatifs, à travers un paquet minimum d'activités (PMA). Suivant les normes établies par le Ministère de la santé publique, un centre de santé intégré dessert théoriquement une population comprise entre 5 000 et 10 000 habitants lorsqu'il est classé dans la 1ère catégorie (CSI de type 1), et entre 10 000 et 15 000 habitants lorsqu'il est classé dans la 2ème catégorie (CSI de type 2). Les données du système national d'information sanitaire (SNIS) établissent en 2008 le nombre total des centres de santé intégrés à 756, dont 594 CSI de type 1 et 162 CSI de type 2, implantés sur l'ensemble du territoire national. Les villages sont couverts par les cases de santé, qui sont au nombre de 2392, placées sous la supervision des centres de santé intégrés. Essentiellement implan-

tés dans les chefs lieux des départements et dans les communes urbaines, les hôpitaux de district se situent également à ce premier niveau de prestations.

Le deuxième niveau des prestations est constitué par les Centres Hospitaliers Régionaux, établis généralement dans les chefs lieux des régions. Ces centres hospitaliers, qui jouent le rôle de centres de référence des Hôpitaux de District, sont au nombre de six (6). Les régions d'Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua et Niamey disposent chacune d'un centre hospitalier ; et les régions de Tahoua et Zinder disposent chacune d'une maternité de référence appartenant également à ce palier.

Le troisième niveau est formé par les hôpitaux nationaux, la maternité de référence et les centres spécialisés. Érigés en établissements publics à caractère public (EPA), les Hôpitaux Nationaux (Niamey, Lamordé et Zinder), la Maternité Issaka Gazoby et les Centres Spécialisés (Centre National Antituberculeux, Centre National Lèpre, Centre National de Santé de la Reproduction) constituent les centres nationaux de référence. L'hôpital de Niamey est le principal centre de référence en matière de santé au Niger.

Selon les données officielles, sur les 2392 cases de santé répertoriées dans l'ensemble du pays, 367 ne sont pas opérationnelles à l'heure actuelle, soit 15% du total ; et sur les 33 hôpitaux de district que compte le pays, seuls 26 possèdent un plateau technique complet et fonctionnel. La répartition géographique des formations sanitaires publiques, et par conséquent aussi de l'offre des soins de santé, est très inégale entre les villes et les campagnes.

Tableau 1 : Répartition des formations sanitaires publiques par région

REGION	Case de Santé	CSI I	CSI II	HD	CHR	MATER REF	HN
AGADEZ	133	26	17	2	1	0	0
DIFFA	135	35	6	2	1	0	0
DOSSO	400	88	23	4	1	0	0
MARADI	496	91	22	6	1	0	0
TAHOUA	365	99	18	7	1	1	0
TILLABERI	354	133	23	6	0	0	0
ZINDER	498	89	43	5	0	1	1
NIAMEY	11	33	10	1	1	1	2
TOTAL	2 392	594	162	33	6	3	3

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2008, SNIS

Si les habitants des grandes villes peuvent théoriquement avoir accès aux soins spécialisés, en raison de l'existence des centres de référence, les populations rurales sont contraintes de se contenter des soins de santé primaires offerts par les cases de santé. Les distances à parcourir pour atteindre une formation sanitaire de référence, outre les risques qu'elles font courir aux malades, engendrent aussi un coût financier souvent très important pour ces populations ; et c'est parfois l'une des raisons pour lesquelles des nombreuses personnes ne fréquentent les formations sanitaires publiques qu'en dernier ressort lorsque toutes les autres options, notamment le recours à l'automédication et à la pharmacopée traditionnelle, n'ont pas fonctionné.

Jadis très marginal, le secteur privé de la santé connaît une très forte progression dans le pays depuis deux décennies à la faveur de la libéralisation du secteur. Le nombre des établissements privés de soins, toutes catégories confondues, est passé de 195 en 1997 à 292 en 2003 selon le document du PDS 2005-2010. L'annuaire statistique de la santé 2008, publié par le Système national d'information sanitaire (SNIS), établit le nombre des établissements privés à 229, dont 3 hôpitaux, 163 salles de soins, 28 cabinets médicaux et 35 cliniques. La plupart de ces établissements privés sont implantés dans les grands centres urbains, notamment la capitale où l'on dénombre 38 salles de soins, 21 cabinets médicaux et 24 cliniques ; ce qui démontre que le secteur privé de la santé se développe surtout là où il existe une «classe moyenne» financièrement solvable et où le niveau élevé d'éducation crée des rapports à la maladie moins fatalistes.

Outre le problème crucial des infrastructures, l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel soignant constituent également un obstacle sérieux pour la prise en charge des problèmes de santé au Niger. Le secteur public de la santé compte au total 6 192 agents, dont 5 139 cadres (83%) et 1 053 auxiliaires (17%). Mais, ces données varient fortement selon les sources et doivent donc être considérées avec prudence. Les chiffres disponibles indiquent que le Niger compte un médecin pour 104 149 habitants, un infirmier pour 7 105 habitants et une sage femme pour 5 520 ; alors que les normes établies par l'OMS prescrivent un médecin pour 10 000 habitants, un infirmier pour 5 000 habitants et une sage femme pour 5 000 habitants. Le tableau ci-dessous indique une forte concentration du personnel dans la région de Niamey, où les ratios prescrits par l'OMS sont largement atteints et dépassés ; tandis que toutes les autres régions du pays, à l'exception d'Agadez et de Diffa qui sont dans les normes en ce qui concerne les infirmiers et les sages femmes, affichent des ratios particulièrement scandaleux.

Tableau 2 : Répartition géographique du personnel de santé

Région	Population	Médecin			Infirmier			Sage femme		
		Nbre	Ratio	Normes OMS	Nbre	Ratio	Normes OMS	Nbre	Ratio	Normes OMS
Agadez	394 059	9	1/43784	1/10000	140	1/2815	1/5000	37	1/10650	1/5000
Diffa	459 612	11	1/41783	1/10000	66	1/6964	1/5000	22	1/4387	1/5000
Dosso	1 834 690	8	1/141130	1/10000	244	1/7519	1/5000	57	1/6967	1/5000
Maradi	2 723 954	24	1/133498	1/10000	274	1/9941	1/5000	65	1/9691	1/5000
Tahoua	2 403 237	17	1/141367	1/10000	264	1/9103	1/5000	46	1/11128	1/5000
Tillabéri	2 222 575	12	1/185215	1/10000	288	1/7717	1/5000	86	1/5505	1/5000
Zinder	2 534 501	16	1/158406	1/10000	351	1/7241	1/5000	75	1/7183	1/5000
Niamey	862 542	32	1/26954	1/10000	264	1/3267	1/5000	139	1/1343	1/5000
Total	13 435 170	129	1/104149	1/10000	1891	1/7105	1/5000	527	1/5520	1/5000

Source : MSP/DGR/DRH

Au cours de ces dernières années, les autorités nigériennes ont tenté de résorber le déficit en personnel médical à travers le recrutement d'un nombre important d'agents contractuels. La politique de contractualisation a été initiée en lieu et place du recrutement à la fonction publique, sous la pression des experts des institutions financières internationales, qui veulent absolument freiner la progression de la masse salariale. Mais, les conditions de vie particulièrement précaires des agents contractuels soulèvent le problème de la viabilité à long terme du système de santé dans son ensemble.



Entre 1994 et aujourd'hui, il importe de souligner que la dégradation des conditions de vie des travailleurs du secteur de la santé, qu'il s'agisse des agents contractuels ou des agents fonctionnaires, a fait le lit au phénomène pernicieux de la corruption. Conscientes de la démotivation des agents de la santé, notamment de ceux qui sont appelés à exercer dans des zones rurales et désertiques, les autorités sanitaires ont adopté en novembre 2007 un décret accordant des primes et indemnités de motivation aux agents de la santé publique et de l'action sociale servant dans des localités autres que la capitale et le district sanitaire de Kollo. Le montant de ces primes et indemnités est variable en fonction des zones et des grades. Dans les régions d'Agadez et Diffa, les agents perçoivent une prime de 20 000fcfa par mois ; tandis que ceux exerçant à Matameye perçoivent 10 000fcfa contre 5 000fcfa à Gaya.

Sur le plan de la formation professionnelle, il faut noter que le Niger compte actuellement une faculté de médecine au sein de l'Université Abdou Moumouni et trois (3) écoles publiques de formation (ENSP et ISP à Niamey et ENSP à Zinder) pour les infirmiers, les sages-femmes, les laborantins et les agents de l'action sociale. Le pays compte également une multitude d'écoles privées de formation en santé publique basées pour la plupart à Niamey. Cependant, les autorités estiment elles-mêmes que *«la formation initiale dispensée dans les écoles professionnelles ne répond manifestement pas assez aux besoins de la pratique sur le terrain et n'est pas suffisante»*. Concernant la formation continue, le document du PDS 2005-2010 souligne qu'elle a été *«en quelque sorte détournée de sa fonction première et est devenue une formation complémentaire qui pallie les carences de la formation initiale et procure aux agents de santé, aux formateurs et autres des bénéfices secondaires qui n'ont rien à voir avec son principal objectif, à savoir celui de maintenir un niveau de pratique et de compétence aux agents tout au long de leur carrière»*.

III L'accès aux médicaments, un casse-tête pour les pauvres

Aujourd'hui, l'accès aux médicaments constitue également l'un des problèmes les plus sérieux auxquels les populations nigériennes sont confrontées dans le domaine de la santé. Les experts de la Banque mondiale soulignent, dans un rapport d'étude publié en 2004, la gravité de ce problème en des termes sans équivoque. Ils affirment d'une part que *«les capacités d'achat de médicaments de la population sont très limitées, du fait du recouvrement des coûts dans les centres de santé»* ; et d'autre part que *«la faible disponibilité des médicaments dans les pharmacies et d'autres problèmes restreignent l'utilisation des services de santé»*.

Ces constats ont valeur d'aveu d'échec de la part des experts de cette institution qui ont conseillé aux autorités nigériennes d'entreprendre des réformes du système de santé orientées vers le marché ; car, la situation décrite dans leur rapport est le résultat logique de ces réformes, dont l'une des composantes a consisté précisément à saper la capacité du pays à assurer son approvisionnement en médicaments à travers l'Office nigérien des produits pharmaceutiques (ONPPC).

A ce propos, il convient de rappeler que l'Office nigérien des produits pharmaceutiques (ONPPC) avait été créé en 1962 pour assumer la mission de production et de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques ; mais, à la suite d'une réforme initiée en 1998 à l'instigation de la Banque mondiale, l'office a été transformé en un organisme d'importation et de distribution des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux essentiels.

Les activités de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques et des matières premières destinées à la production locale des médicaments ont été confiées au LANSPEX ; et celles de production locale des produits pharmaceutiques sont devenues l'apanage de la SONIPHAR, société d'économie mixte au sein de laquelle l'État détenait 49% des parts. En partenariat avec une société belge (ITMS), qui est son actionnaire majoritaire, la SONIPHAR devrait se concentrer essentiellement sur la production d'une gamme limitée de médicaments, notamment les formes sèches, les sirops et solutés de perfusion. En 2004, les autorités nigériennes ont dû reprendre totalement en main cette société; mais, les difficultés du secteur sont demeurées sans solution concrète permettant de rendre les médicaments accessibles.

En effet, il semble évident que la restructuration de l'ONPPC a plutôt aggravé les problèmes d'accès aux médicaments; car, les coûts des produits sont restés globalement très élevés et l'approvisionnement des centres de santé est assuré de façon irrégulière. Le document de travail du PDS 2005-2010 déplore que *«les structures de santé aient à s'adapter à la disponibilité irrégulière des médicaments essentiels génériques à l'ONPPC comme au niveau des pharmacies populaires»*. Il insiste sur la gravité de la situation, en rappelant que la crédibilité de la politique de recouvrement des coûts repose elle-même sur l'existence d'un système d'approvisionnement solide; mais, on pourrait ajouter aussi que cette situation traduit surtout les incohérences de la politique globale poursuivie par l'État nigérien dans le domaine de la santé. Ces incohérences constituent la preuve que la déclaration de politique pharmaceutique nationale, qui prétend *«assurer la disponibilité des médicaments essentiels génériques de qualité à des prix accessibles à la majorité de la population»*, n'est pas du tout mise en application.

Aujourd'hui, il importe de constater que cette situation a entraîné l'émergence d'un important marché informel et illicite des médicaments dans le pays. Conscients de l'importance d'un tel marché, les opérateurs du secteur informel se sont organisés pour suppléer les insuffisances du réseau national d'approvisionnement ; avec la complicité passive des pouvoirs publics nigériens, qui hésitent encore à prendre des mesures adéquates pour combattre l'importation et la vente illégales des médicaments. Si aucune mesure n'est prise immédiatement, il faudrait s'attendre d'ailleurs à ce que le marché informel et illicite des médicaments devienne la principale source d'approvisionnement du pays, en supplantant de fait le réseau public contrôlé par l'ONPPC et le réseau privé constitué par les sept (7) centrales d'achat. La sonnette d'alarme a été tirée plusieurs fois par les pharmaciens privés légalement installés, qui perçoivent très clairement le risque que représente ce marché informel pour leur propre survie ; mais, les autorités nigériennes semblent tiraillées entre le devoir de préserver la santé de la population et le souci de ménager les opérateurs du marché illicite des médicaments pour des raisons que l'on imagine aisément.

Par ailleurs, si l'on observe la cartographie de l'implantation des pharmacies au Niger, il ressort nettement que la plupart sont implantées dans les grands centres urbains. Sur les 245 pharmacies et dépôts de produits que compte le pays, 95 sont installées dans la capitale (38,8% du total), alors que la région de Dosso ne dispose par exemple que de 13 points de vente de médicaments (5,3%). La moyenne à Niamey est d'une pharmacie pour 8 797 habitants, alors qu'elle est de 54 283 habitants pour le reste du pays. Cette inégale répartition géographique des pharmacies et dépôts des produits dénote d'une injustice flagrante envers les populations rurales dans le domaine de l'accès aux soins de santé. Les statistiques concernant l'implantation des

pharmacies et dépôts apportent également un éclairage opportun sur les cibles principales des risques associés à la prolifération des médicaments illicites; car, on peut en tirer la conclusion que ce sont principalement les populations pauvres du pays qui ont recours à ces médicaments, les seuls disponibles et accessibles dans les zones rurales.

Au cours de ces dernières années, les difficultés d'accès aux médicaments ont suscité également un regain d'intérêt pour la pharmacopée et la médecine traditionnelles tant au sein de la population que dans la sphère du pouvoir. Comme l'affirme l'OMS, les populations rurales ont recours, en première intention, à la médecine traditionnelle et aux remèdes issus de la pharmacopée traditionnelle. En partant de ce constat, les Chefs d'États et de gouvernements africains, réunis à Lusaka en 2001, ont adopté une déclaration proclamant la période 2001-2010, décennie de la médecine traditionnelle en Afrique. La réunion des experts africains sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé, tenue du 26 au 29 novembre 2001 à Harare, est allée plus loin en recommandant à tous les États membres de l'OMS Afrique de se doter d'une Politique Nationale de Médecine Traditionnelle.

Conformément à cette recommandation, les autorités nigériennes ont adopté une série de textes législatifs et réglementaires en vue de favoriser la promotion et l'utilisation des plantes médicinales. Il s'agit notamment de (i) l'Ordonnance 97-002 du 10 janvier 1997 portant législation pharmaceutique et son décret d'application 97-301 du 6 août 1997 ; (ii) des arrêtés portant agrément de l'Association des tradi-praticiens du Niger (ATPN), de l'Association Pharmaco-Santé (AMIN) et de la coopérative d'Herboristerie dénommée Banituri ; (iii) et des textes complémentaires relatifs à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) et sur l'exercice de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

A travers l'adoption de ces textes, les autorités ont certes marqué leur volonté d'intégrer la médecine et la pharmacopée traditionnelles dans le système de santé ; mais, force est de constater que les deux (2) actions prioritaires préconisées dans le cadre de la déclaration de politique sanitaire, à savoir la création d'un Institut de médecine et pharmacopée traditionnelles et le développement d'unités de production locales des médicaments traditionnels améliorés, ne sont pas encore réalisées. Ce qui indique que beaucoup reste encore à faire dans ce domaine, où l'une des préoccupations est de faire accepter les tradi-praticiens et les guérisseurs traditionnels comme dispensateurs de soins au même titre que ceux qui exercent la médecine moderne.

IV. Le marché contre le droit

Vers la fin des années 1980, l'État nigérien a officiellement décidé d'abandonner la politique de gratuité des soins de santé instaurée au lendemain de l'accession du pays à l'indépendance. Cette grave décision est intervenue dans le cadre d'une part de la mise en œuvre des politiques d'ajustement structurel, et d'autre part de l'application de l'Initiative de Bamako sur le recouvrement des coûts de santé.

Encouragé à la fois par les institutions financières internationales (FMI, Banque mondiale) et par des organismes du système des Nations Unies (OMS, UNICEF), l'État a entrepris une réforme de sa politique de financement du secteur de la santé dans une perspective de participation des usagers aux coûts des soins de santé offerts par les formations sanitaires publiques. Cette importante réforme, dénommée recouvrement des coûts de soins de santé primaires, a

démarré de façon effective à partir de 1992, avec le lancement de deux projets pilotes financés par l'USAID et la Banque mondiale dans les zones de Say et Boboye, et par l'UNICEF dans la zone de Maradi.

A travers ces deux projets pilotes, l'État et ses partenaires ont voulu essentiellement tester deux systèmes de financement des coûts des soins de santé : un système basé sur un mode de paiement direct consistant à percevoir une somme fixe à chaque épisode de maladie auprès de l'utilisateur des services de santé ou de sa mutuelle; et un autre système basé sur un mode de paiement indirect consistant à percevoir auprès des populations des centimes additionnels payables en même temps que la taxe locale et donnant droit à un ticket modérateur.

L'objectif poursuivi à travers les deux systèmes est de recouvrer partiellement les coûts des médicaments selon un tarif étudié au niveau des formations sanitaires périphériques et des hôpitaux de district. Concrètement, il s'agit d'une rétrocession de médicaments aux usagers, afin de recouvrer une partie des coûts des prestations des soins à réinvestir dans le système de santé. La participation des usagers au financement des soins de santé repose donc essentiellement sur l'achat des médicaments mis à la disposition des centres de santé; et accessoirement, sur le paiement des frais des consultations médicales et autres prestations.

Cependant, il convient de souligner que la nouvelle réforme ne se borne pas uniquement au recouvrement des coûts des soins de santé ; elle instaure également un système de participation communautaire basé sur des comités censés participer à la gestion des centres de santé. Cet aspect de la réforme a consisté à mettre sur pied un cadre de partenariat visant le partage des coûts de santé entre l'État, les collectivités, les populations bénéficiaires et les partenaires au développement. Dans ce cadre, les autorités ont adopté un arsenal de textes législatifs et réglementaires déterminant aussi bien les rôles et responsabilités de chaque acteur que les modalités pratiques de la mise en œuvre du système de recouvrement des coûts : (i) Loi N° 95-014 du 03 juillet 1995, relative au recouvrement des coûts des soins de santé primaires dans le secteur non hospitalier ; (ii) Décret N° 96-224/PCSN/MSP du 29 juin 1996, portant modalités d'application de la Loi N° 95-014 du 03 juillet ; (iii) Arrêté N° 0025/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999, portant fixation des tarifs minima et maxima des prestations de soins du Centre de Santé Intégré ; (iv) Arrêté N° 0027/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999, portant fixation des tarifs minima et maxima des prestations de soins de l'Hôpital de District.

A partir de 1994, les résultats de l'évaluation des deux projets pilotes ci-dessus mentionnés ont servi de base à la généralisation de la politique de recouvrement des coûts de santé, à travers notamment le Programme national d'appui aux soins de santé primaires (PNASSP). En juillet 1995, les autorités nigériennes ont adopté une déclaration de politique sectorielle de santé largement inspirée par les institutions financières internationales. Cette déclaration souligne que l'objectif général de la politique gouvernementale est d'*«améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés»*, à travers le développement d'activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire. Sur cette base, un Plan de développement sanitaire a été adopté pour la période 1994-2000 autour des axes stratégiques suivants : (i) l'amélioration du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) par l'accroissement de la productivité et de la qualité des soins ; (ii) la décentralisation de la ges-

tion des services à travers la décentralisation budgétaire, la mise en place des comités de santé et l'implication de la communauté dans la gestion des ressources ; (iii) la participation des bénéficiaires au financement des soins et à l'amélioration de la gestion des services.

En 2002, les autorités nigériennes ont adopté une nouvelle déclaration de politique sectorielle de la santé pour corriger les insuffisances constatées dans la mise en œuvre du PDS 1994-2000. Cette nouvelle déclaration de politique sectorielle, qui a servi de base pour l'élaboration d'un nouveau plan de développement sanitaire pour la période 2005-2010, devrait apporter des réponses adéquates à quatre (4) défis majeurs : (i) état nutritionnel précaire des populations ; (ii) forts taux de mortalité maternelle (7‰), infantile (123‰) et infanto juvénile (274‰) ; (iii) faible couverture sanitaire (47,6%) ; (iv) iniquité dans l'accès aux soins et services de santé entre la population urbaine et rurale.

Le nouveau plan s'est assigné comme objectif général de *«contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.»* Mais, force est de constater que le cadre général pour la réalisation de ce noble objectif demeure celui du recouvrement des coûts des soins de santé auprès d'une population pourtant totalement pauvre.

Aujourd'hui, plus de quinze (15) ans après la mise en œuvre de la réforme du financement du secteur de la santé, on s'aperçoit que les difficultés d'accès aux soins de santé se sont accentuées pour les populations nigériennes. La pertinence de la politique de recouvrement des coûts est remise en cause par des nombreuses études réalisées ; et ce, y compris quant à sa viabilité même dans un contexte où la pauvreté affecte une proportion importante de la population et agit négativement sur le niveau de fréquentation des centres de santé publics. S'il est vrai que certains centres de santé parviennent à mobiliser des ressources substantielles pour couvrir leurs besoins immédiats, force est de constater qu'ils sont très nombreux à être dans l'incapacité même d'assurer leur approvisionnement régulier et permanent en médicaments essentiels génériques (MEG). Le maintien de la politique de recouvrement des coûts au niveau de ces centres de santé, en l'absence d'un soutien financier conséquent de l'État, soulève la question de la continuité même des prestations des soins aux populations ; et dans ces conditions, l'on comprend parfaitement que la désaffection de ces dernières soit de plus en plus grande vis-à-vis d'un système qui introduit une logique marchande aveugle dans un domaine social aussi vital.

Selon une enquête auprès des bénéficiaires et du personnel, réalisée par la mission d'identification du 8ème FED au Niger, la politique de recouvrement des coûts est en butte à des nombreuses difficultés, notamment une faible adhésion des populations à ce système, une faible implication des comités de santé dans la gestion des ressources et des discordances dans la perception du rôle du prestataire et des comités. Le diagnostic établi dans le cadre du PDS 2005-2010 conforte également les constats ressortis par cette enquête. En effet, les rédacteurs du PDS admettent d'une part que la tarification n'obéit pas dans certains cas au pouvoir d'achat des populations ; et d'autre part que le succès du recouvrement des coûts est fortement hypothéqué par la faible capacité de pilotage, de planification et de gestion des services en charge. Le taux d'utilisation des soins curatifs et préventifs est très bas dans presque toutes les régions du pays ; alors que les concepteurs de l'Initiative de Bamako, dont est issu le recouvrement des coûts, pariaient sur une amélioration de ces indicateurs.

Adoptée en 1987 lors d'une conférence régionale de l'OMS, l'Initiative de Bamako a été présentée comme une stratégie de relance des soins de santé primaires dans la foulée de la déclaration de Alma Ata de 1978. Cette initiative devrait permettre d'une part de lutter contre la désaffectation des structures de santé publiques, et d'autre part d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé et l'équité dans l'accès aux soins. L'initiative de Bamako se fonde sur huit (8) principes directeurs : (i) devoir des gouvernements de faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires; (ii) décentralisation de la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires; (iii) décentralisation de la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées; (iv) application à tous les niveaux du système de santé des principes relatifs au financement communautaire des services de santé; (v) devoir des gouvernements d'apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et de prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux; (vi) intégration du concept de médicaments essentiels dans les politiques nationales de santé fondée sur les soins de santé primaires; (vii) adoption de mesures telles que des exonérations et des subventions pour garantir l'accès aux soins de santé pour les couches sociales les plus démunies; (viii) définition claire d'objectifs intermédiaires et d'indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

Aujourd'hui, plus de vingt (20) ans après le lancement de cette Initiative, la dégradation continue du service public de santé démontre suffisamment qu'aucun de ses objectifs officiels n'a été atteint. Les difficultés d'accès aux soins de santé se sont aggravées pour une très large majorité de la population nigérienne; et cela se reflète de façon éloquent à travers la forte baisse de la fréquentation des centres de santé publics tant en milieu rural qu'urbain.

La plupart des études sur les impacts de l'initiative soulignent que *«les questions d'administration et de gestion ont pris le pas sur les préoccupations d'accès aux soins»*; tandis que *«l'équité est devenue un but secondaire laissant la priorité à la viabilité financière, l'efficacité et l'efficience»*. Cette situation résulte principalement de la forte influence exercée par les institutions financières internationales dans la définition des politiques publiques en matière de santé. Sous la pression de ces institutions, beaucoup d'États africains ont interprété l'initiative de Bamako davantage comme une voie royale vers des réformes d'inspiration libérale plutôt que vers des réformes visant la réalisation du droit à la santé. Les évaluations conduites dans de nombreux pays révèlent que la mise en œuvre de l'initiative a servi de prétexte aux États pour se soustraire à leur obligation de garantir l'accès égal et équitable de tous aux soins de santé.

S'il est largement admis que l'Initiative de Bamako a privilégié les questions d'efficacité et d'efficience financières au détriment de l'accès et de l'équité, force est de constater que les résultats obtenus restent dérisoires même dans ses principaux domaines de prédilection. En effet, nul ne peut ignorer que cette initiative, en introduisant l'argent dans une sphère où il était peu visible auparavant, a ouvert des boulevards au phénomène de la corruption, devenue une règle d'or pour des agents publics confrontés de plus en plus à des difficultés économiques.

Les mécanismes de participation communautaire mis en place dans le cadre de l'initiative, notamment les comités de santé installés dans tous les centres publics, sont parfois eux-mêmes totalement dévoyés et empêtrés dans les rouages de la corruption; et s'il est vrai que la politique de recouvrement des coûts permet effectivement de mobiliser des ressources financières non

négligeables dans certaines situations, force est de constater que ces ressources servent rarement à améliorer la qualité des soins de santé et à en garantir l'accès aux plus démunis de la communauté.

A ce propos, le diagnostic établi dans le cadre du Plan de développement sanitaire 2005-2010 fait ressortir que les fonds générés par le biais du recouvrement des coûts sont utilisés par les centres de santé pour : (i) se réapprovisionner en médicaments auprès du circuit national public de distribution (ONPPC et pharmacies populaires); (ii) prendre en charge le renouvellement des outils de gestion (des médicaments et des finances) de la structure; (iii) assurer le salaire des agents des points de vente des médicaments ainsi que certaines gratifications aux personnels de santé (primes aux infirmiers, prise en charge d'un manoeuvre...); (iv) prendre en charge certains coûts de fonctionnement qui ne peuvent être assumés par le district. Le document du PDS 2005-2010 souligne que la gestion des fonds collectés est assurée généralement par les équipes cadre de district (ECD); alors que cette prérogative relève normalement de la responsabilité des comités de santé créés pour donner plus de pouvoirs aux communautés.

Par ailleurs, le document du PDS 2005-2010 relève que 70 à 80% des ressources sont consacrées à l'achat des médicaments, 10% à l'achat des outils de gestion, 10% aux salaires et gratifications des agents et 5% à d'autres charges. Le bénéfice net réalisé par les centres de santé intégrés varie de 15 à 20% des recettes réalisées. Curieusement, ces fonds sont généralement thésaurisés par les centres, alors même qu'ils pourraient être utilisés pour améliorer l'accès des plus démunis et la qualité des soins. Cette situation démontre clairement que l'objectif poursuivi à travers le recouvrement des coûts n'est ni d'améliorer la qualité des soins, puisque les ressources mobilisées sont généralement utilisées à d'autres fins, ni de favoriser l'accessibilité des soins de santé, puisque les tarifs appliqués ne tiennent aucunement compte de la solvabilité des usagers. Le principe 7 de l'Initiative de Bamako, qui prescrit de prendre des mesures favorisant l'accès aux soins des couches démunies, est totalement ignoré par les gestionnaires.

Au regard de nombreux facteurs, il paraît évident que les ressources provenant du recouvrement des coûts ne peuvent suffire à elles seules à envisager une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé. En 2002, le total des recettes générées par les centres de santé s'élevait à 1,8 milliard de FCFA; ce qui est dérisoire rapporté à l'immensité des besoins des centres, dans un contexte de baisse des dépenses publiques du secteur de la santé. Cette situation plaide en faveur d'un accroissement des ressources publiques en faveur du secteur de la santé ; car, le recouvrement des coûts ne peut en aucun cas garantir le relèvement du système de santé et garantir l'accès aux soins pour tous. La défiance des populations vis-à-vis de cette politique est d'ailleurs très forte à l'heure actuelle; et il apparaît de plus en plus indéniable que seule une intervention massive des pouvoirs publics peut garantir l'accès égal et équitable de tous aux soins. Cette intervention est d'autant plus incontournable qu'il s'agit avant tout de restaurer le caractère de service public des centres de santé.

Après une longue période de tergiversations, les autorités nigériennes ont pris conscience de cela et décidé de réinstaurer une politique de gratuité des soins en faveur des femmes et des enfants de 0 à 5 ans. Lancée en novembre 2005, cette politique se propose d'assurer l'accès financier aux soins des populations vulnérables, à travers un mécanisme consistant pour l'État à rembourser aux formations sanitaires les coûts liés à certaines prestations de soins. La gratuité s'applique exclusivement, en ce qui concerne les femmes, aux consultations prénatales, à la

césarienne, à la planification familiale, au dépistage et à la prise en charge du cancer gynécologique. En ce qui concerne les enfants de 0 à 5 ans, elle s'applique à l'ensemble des soins de santé préventifs et curatifs, y compris en principe la prise en charge des problèmes nutritionnels auxquels ils sont confrontés.

En l'espace de quelques années, cette nouvelle politique a permis d'enregistrer des résultats fort intéressants sur le plan de l'accès aux soins; apportant ainsi une preuve supplémentaire que le recouvrement des coûts était effectivement un obstacle de taille sur ce plan. Les services du Ministère de la santé publique affirment que la nouvelle politique a fait passer le taux d'utilisation des soins curatifs de 23% en 2005 à 29% en 2007. Le taux de couverture en consultation prénatale (CPN) est passé de 40% en 2005 à 71,94% en 2007 ; tandis que le taux de prévalence contraceptive est passé de 4,6% en 2005 à 9,4% en 2007. Le taux d'utilisation des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans est passé quant à lui de 49,27% en 2006 à 82,01% en 2007. Ces statistiques soulignent clairement que le seul moyen d'améliorer la situation sanitaire des populations est de mettre fin urgemment à la politique de recouvrement des coûts ou au moins de la revoir de façon à ce qu'elle ne soit plus un obstacle à l'accès aux soins de santé.

Conclusion

Vingt (20) ans après son lancement en 1987, l'Initiative de Bamako a enfanté au Niger des programmes publics de santé, dont le dénominateur commun est le recouvrement des coûts des soins. S'il est vrai que l'objectif officiel de cette initiative n'était point d'ouvrir le domaine de la santé à la logique insoutenable de la marchandisation, force est de constater qu'elle n'a pas entraîné une amélioration perceptible de la situation sanitaire des populations.

Conçue dans le but de revitaliser les systèmes de santé, à travers la mise en place d'un mécanisme communautaire de financement et de contrôle de la gestion, l'initiative s'est avérée inadéquate pour résoudre les difficultés d'accès aux soins de santé; car, elle a été très tôt dévoyée et détournée de son principal objectif par les institutions financières internationales (FMI et Banque mondiale), qui en ont fait un instrument phare de leurs programmes d'ajustement structurel.

Aujourd'hui, il est admis que la mise en œuvre de cette initiative est venue aggraver la situation sanitaire tant sur le plan de l'accessibilité physique et géographique que de l'accessibilité économique et financière. En effet, les restrictions budgétaires n'ont pas permis de construire un nombre suffisant d'infrastructures permettant de réduire la distance à parcourir par les populations pour avoir accès aux soins. Et la généralisation de la politique de recouvrement des coûts, sans aucun mécanisme de prise en charge des indigents, a eu pour conséquence de décourager le recours aux soins de santé pour les populations pauvres. Ce faisant, la solvabilité financière, le lieu d'habitation et le statut social sont devenus les facteurs déterminant de l'accès aux soins; une situation fort paradoxale pour un pays qui a ratifié tous les instruments juridiques internationaux relatifs au droit à la santé.

A ce propos, il convient de souligner que la reconnaissance de la santé comme un droit humain fondamental impose à chaque État l'obligation d'adopter un cadre législatif et des politiques visant à le réaliser de façon effective au profit de tous. Le Comité des droits économiques,

sociaux et culturels estime que chaque État doit s'efforcer d'une part d'assurer la fourniture des soins de santé, y compris la vaccination contre les grandes maladies infectieuses et les services de soins génésiques, et d'autre part de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé (alimentation, eau potable, assainissement, logement, etc.). En outre, il estime que l'État a le devoir d'instituer un système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous, de promouvoir la recherche médicale et l'éducation sanitaire, de mener des campagnes d'information sur les problèmes de santé, de définir une politique de réduction des risques d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Après cette brève analyse des politiques publiques de santé, il ressort clairement que l'État nigérien n'assume pas pleinement ses obligations relatives à la réalisation du droit à la santé. La rhétorique officielle fait désormais référence à ce droit fondamental, comme on peut le constater dès les premières pages du Plan de développement sanitaire 2005-2010. Mais, les autorités n'ont jamais songé à adopter une loi-cadre relative au droit à la santé, comme l'a recommandé vivement le Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

En outre, les politiques publiques de santé sont encore orientées vers la promotion d'un financement privé des soins de santé à travers principalement la participation financière des usagers ; alors qu'il est désormais établi que les modalités actuelles de cette participation financière sont une source supplémentaire d'exclusion des groupes vulnérables pour lesquels il n'existe aucun mécanisme adéquat d'accès aux soins de santé. Sur ce point, il faut relever que le système d'assurance santé public et/ou privé ne concerne au Niger qu'un nombre très restreint de personnes. Le nombre des mutuelles de santé est estimé en 2008 à 24, dont 15 implantées en milieu rural, avec un nombre total d'adhérents nettement inférieur à 400 000 personnes.

Aussi, même s'il est vrai que des efforts sont consentis ces dernières années pour offrir l'accès aux soins de santé à certains groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants de 0 à 5 ans, on est encore loin d'instituer un système d'assurance santé offrant une garantie sûre d'accès aux soins. La gratuité des soins de santé instaurée en novembre 2005 au profit des femmes et des enfants ne couvre pour l'instant qu'une gamme restreinte des soins de santé. Les institutions en charge de cette nouvelle politique reconnaissent elles-mêmes que la viabilité de cette expérience est loin d'être acquise. Car, la pérennité de son financement par l'État n'est pas totalement garantie et les bailleurs de fonds extérieurs, en dehors de quelques uns, ne semblent pas la soutenir pleinement. Le problème du financement public du secteur de la santé demeure toujours entier au Niger; comme le montre bien le chapitre suivant portant sur l'analyse budgétaire sectorielle de la santé.

CHAPITRE 3 :

ANALYSE BUDGÉTAIRE SECTORIELLE DE LA SANTÉ

Introduction

En 2003, le Niger s'est officiellement engagé à résorber la pauvreté à l'horizon 2015, à travers la mise en œuvre de la Stratégie de réduction de la pauvreté (SRP). Le bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de cette «version humanisée» des programmes d'ajustement structurel n'est guère reluisant, à moins de 5 ans de l'échéance fixée par la Déclaration du millénaire pour le développement. Selon une étude menée en 2006¹, la mise en œuvre de la SRP n'a pas permis de faire reculer substantiellement la pauvreté au Niger ; d'autant que la situation demeure pré-occupante dans des domaines clés tels que l'éducation, la santé, l'alimentation et l'accès à l'eau potable.

A ce propos, l'étude note, dans le domaine de l'éducation, *« un réel recul de la qualité de l'enseignement dû à la précarité du cadre d'apprentissage, la faiblesse du niveau d'instruction des enseignants, l'insuffisance de manuels scolaires et la faiblesse de l'encadrement pédagogique »*.

Dans le domaine de la santé, elle note une faible fréquentation des services de santé à cause du *« coût élevé des prestations de service, au regard de l'état de pauvreté monétaire des populations »* ; de même, dans les domaines de l'alimentation et de l'accès à l'eau potable, elle relève une dégradation continue de l'état nutritionnel des enfants et une persistance des difficultés d'accès à l'eau tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Au regard de cette situation, des nombreux acteurs de la société civile s'interrogent légitimement sur la capacité du pays à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015 ; car, comme l'indique le Rapport national sur les progrès vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement, le pays aura besoin de ressources financières colossales. Ce rapport évalue le financement nécessaire à l'atteinte des OMD, pour la période 2008-2015, à 9 628 milliards de francs CFA, soit environ 18,8 milliards de dollars US. Sans compter les 5 325,1 milliards de francs CFA (10,4 milliards de dollars US) nécessaires pour le financement des secteurs transversaux (coûts systémiques de la santé, transports et énergie).

Dans le domaine spécifique de la santé et de la nutrition, le rapport national indique que le pays devra mobiliser 324,9 milliards de francs CFA pour couvrir les besoins en nutrition ; 326,2 milliards de francs CFA pour réduire la mortalité infantile ; 131 milliards de francs CFA pour réduire la mortalité maternelle ; 215,4 milliards de francs CFA pour arrêter la propagation du VIH/SIDA ; 8,1 milliards de francs CFA pour maîtriser la tuberculose ; 81,6 milliards de francs CFA pour maîtriser le paludisme ; et 359,2 milliards de francs CFA pour réduire de moitié la proportion de la population n'ayant pas accès à l'eau potable. Le rapport souligne clairement que ces chiffres préliminaires, qui paraissent pourtant hors de portée pour l'État nigérien, *« ne sont pas susceptibles de grand changement »*.

Eu égard à la modicité des ressources financières consacrées jusqu'ici au secteur de la santé, on mesure l'ampleur du défi que l'État nigérien devra relever pour réaliser le droit à la santé consacré par les instruments juridiques internationaux et régionaux et par la Constitution du 9 août 1999. Ce défi est d'autant plus ardu que le contexte international actuel, caractérisé notamment par une grave crise économique, n'incite guère à l'optimisme quant à une forte mobilisation des

¹Hamzata Idrissa : « La SRP au Niger, trois ans après : effets et perspectives »

ressources extérieures ; alors même que toute la stratégie des autorités nigériennes relativement au financement des programmes publics de santé semble reposer principalement sur l'hypothèse d'un afflux massif de l'aide publique au développement.

Le présent chapitre consacré à l'analyse budgétaire se propose d'une part de vérifier dans quelle mesure les allocations budgétaires sont-elles conformes aux priorités et objectifs proclamés du gouvernement ; et d'autre part, de mesurer les efforts consentis par l'État dans le sens de réaliser le droit à la santé.

L'analyse se base essentiellement sur les données tirées des lois de finances et des lois de règlements de la période 2000-2008, dans l'optique de vérifier si le budget de l'État, en tant que lien social qui transforme la politique en prestations de services, reflète dans ses provisions les choix prioritaires des gouvernements et démontre une volonté politique affirmée de réaliser, de façon progressive et au mieux de leurs capacités, le droit à la santé.

I. Les sources de financement du secteur de la santé au Niger

Au Niger, le financement du secteur de la santé a toujours été considéré comme une responsabilité de l'État découlant des instruments juridiques relatifs au droit à la santé. Mais cette responsabilité tend, aujourd'hui, à être partagée entre plusieurs acteurs, à savoir les ménages, les collectivités territoriales, les ONGs et les partenaires extérieurs. Selon le rapport 2006 de l'enquête démographique nationale de santé (EDSN), l'État n'assure plus que 40% des dépenses de santé du pays ; tandis que les ménages sont devenus des gros pourvoyeurs de fonds pour le système de santé.

La Banque mondiale affirme, dans un rapport de 2004 intitulé Santé et pauvreté au Niger, que *«les services de santé en dehors de la capitale Niamey dépendent de plus en plus du financement privé par les ménages à travers le paiement des services par les usagers.»* Une étude plus récente de l'institut national de la statistique, portant sur le degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE), souligne que les dépenses de santé font partie des trois principales dépenses au sein des ménages nigériens.

A la fin de la décennie 1990, les ressources mobilisées dans le cadre du recouvrement des coûts étaient de l'ordre d'un milliard de francs CFA. Estimé à 0,84 milliard en 1998, le montant de ces ressources a atteint 1,42 milliard de francs CFA en 1999. Les comptes nationaux de santé 2003 font ressortir que les ménages financent le tiers (1/3) des dépenses de santé au Niger ; et l'Annuaire des statistiques sanitaires de 2004 précise que la contribution des ménages aux dépenses de santé représente une dépense de 947 F CFA par habitant.

En 2005, la contribution totale des ménages était presque équivalente à la part de l'Etat dans les dépenses de santé selon l'enquête QUIBB réalisée par l'institut des statistiques ; tandis qu'en 2006, l'annuaire des statistiques sanitaires relève que la contribution des ménages, à travers le recouvrement des coûts des soins, représente 27% des dépenses de santé au niveau local contre 23% pour l'Etat. Les études menées sur le sujet font ressortir d'une part que la contribution des ménages se caractérise par l'extrême prédominance des paiements directs (83% des dépenses totales des ménages) ; et d'autre part que ces dépenses pèsent lourdement sur le budget des ménages eu égard au contexte de pauvreté généralisée dans lequel ils évoluent dans l'ensemble du pays.

Selon une étude publiée par l'Institut National des Statistiques en 2007², « *moins de la moitié (46%) des ménages extrêmement pauvres arrivent à avoir au moins une moustiquaire, un tiers (33%) arrivent à avoir les moyens de se procurer des médicaments et seulement près d'un ménage sur cinq (19%) a pu faire face aux frais de consultations et de traitement* ». L'enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages, réalisée récemment par le même institut, révèle que la cherté des soins médicaux fait partie des raisons pour lesquelles la population ne fréquente pas suffisamment les centres de soins. Le rapport de cette enquête mentionne que la cherté des coûts a été invoquée à Niamey par 17% des personnes interrogées comme un facteur essentiel de la faible fréquentation des formations sanitaires.

Ces différentes études démontrent clairement que le recouvrement des coûts, même s'il permet de mobiliser d'importants fonds pour le fonctionnement régulier du système de santé, demeure un facteur limitant sérieusement l'accès des populations aux soins de santé ; alors que dans l'esprit de l'initiative de Bamako, dont est issue la politique de recouvrement des coûts, l'objectif primordial de la participation financière des populations aux soins devrait être l'instauration d'un mécanisme permettant de garantir l'accessibilité des soins pour les couches vulnérables.

Aujourd'hui, il est frappant de constater que les ressources mobilisées dans le cadre du recouvrement des coûts ne sont pas utilisées pour favoriser l'accès des plus pauvres aux soins de santé ; car, ces ressources sont affectées en grande partie au renouvellement du stock des produits pharmaceutiques sur lesquels les centres réalisent l'essentiel de leurs chiffres d'affaires. La gestion des fonds générés par le recouvrement des coûts est assurée actuellement par les comités de santé (COSAN) ou par les équipes cadres de district (ECD) ; en dehors pratiquement de tout contrôle de la part de l'État ou des collectivités territoriales qui, dans le meilleur des cas, n'interviennent que pour fixer les tarifs des prestations.

Cette situation suscite d'ailleurs une véritable controverse quant à la viabilité à long terme de ce système au sein duquel tout laisse croire que l'absence d'un contrôle étatique ne fait que renforcer les stratégies de captation de rente savamment mises en œuvre par les élites locales. La plupart des études soulignent d'ores et déjà que la participation communautaire n'a pas permis d'enrayer la corruption dans le secteur de la santé ; ce qui laisse croire qu'en instaurant le recouvrement des coûts, sans songer à asseoir un mécanisme adéquat de contrôle de gestion, les autorités n'ont fait que créer une situation de rente au profit des aristocraties locales fortement représentées au sein des comités de santé.

Par ailleurs, il est frappant de constater que les fonds mobilisés dans le cadre du recouvrement des coûts ne sont pas pris en compte dans le cadre du budget général de l'État ; alors qu'il est établi que de nombreux centres de santé, y compris d'ailleurs certains centres hospitaliers, ne fonctionnent régulièrement que grâce à ces fonds. Le budget général de l'État ne donne justement aucune indication sur la contribution directe des ménages ; tout comme il est totalement muet sur la contribution, bien que modeste, des collectivités territoriales et des organisations non gouvernementales. Les comptes nationaux de santé publiés en 2003 évaluent à moins de 1% la contribution des collectivités territoriales ; tandis que l'annuaire des statistiques de la

²Mesure de la Pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE) Expérience du Niger, 2007

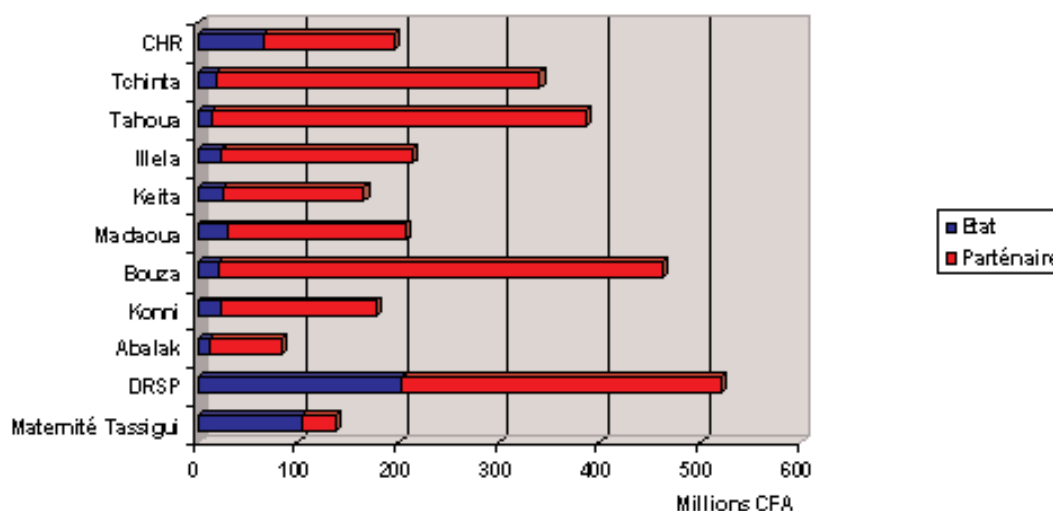
santé de 2004 estime cette contribution à 18 millions de francs CFA, soit 0,04% des dépenses totales de santé de cette année³.

La contribution des ONGs nationales au financement de la santé est estimée quant à elle à 0,26% en 2004 ; nettement en dessous de celle du secteur privé estimée à 2,3% en 2004 et à 4% du total des dépenses en 2006.

Si la contribution des ménages, des collectivités et des ONGs n'est pas prise en compte dans le budget général de l'État, tel n'est pas le cas de l'apport financier important des partenaires techniques et financiers. Les comptes nationaux de santé soulignent que 30% des dépenses de la santé au Niger étaient assurées entre 2002 et 2003 par ces partenaires bilatéraux et multilatéraux. La part des ressources extérieures, qui représentait 22% du budget prévisionnel du Ministère de la santé en 2006, est montée à 40% en 2007 ; ce qui rend compte à la fois de la forte dépendance du pays vis-à-vis du financement extérieur et du poids considérable des bailleurs de fonds dans la définition des politiques en matière de santé.

Au niveau des régions, la contribution des partenaires techniques et financiers représentait 50% en 2006, alors que celle de l'État était seulement de 23%. Le cas le plus emblématique de la prépondérance du financement extérieur au niveau régional est certainement celui de la région de Tahoua, où en 2007 l'État n'assurait que 18% des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé, laissant les partenaires extérieurs, les populations et les ONGs couvrir tout le reste.

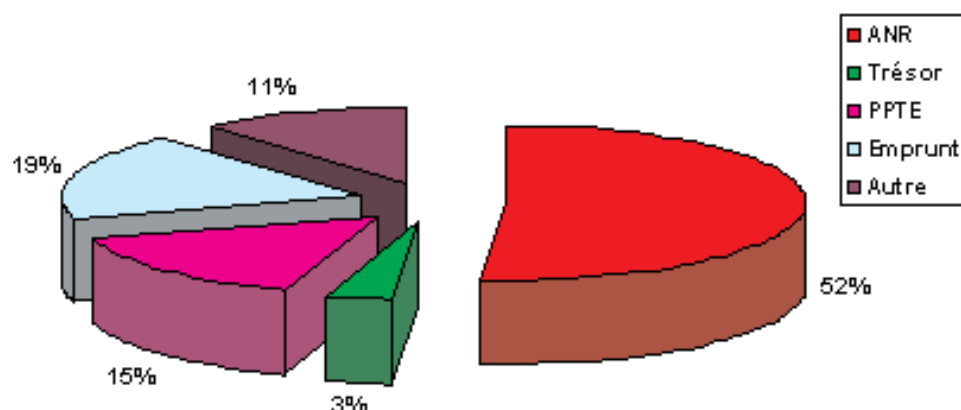
Graphique 1 : Parts de l'Etat et des partenaires dans le financement de la santé dans la région de Tahoua en 2007



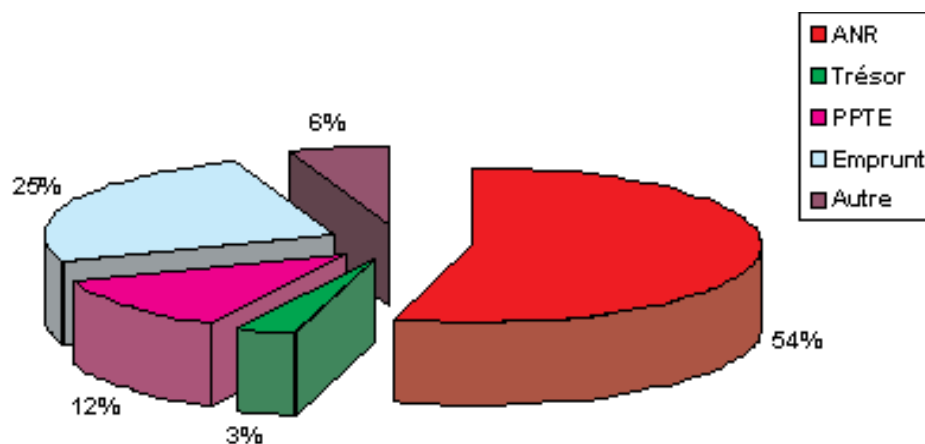
³Voir Annuaire statistique de santé (SNIS) 2004

Selon les comptes nationaux de santé 2003, le budget d'investissement du Ministère de la Santé Publique est financé pour l'essentiel grâce aux ressources extérieures, notamment les aides non remboursables et les emprunts qui constituent 79 % de ce budget en 2007. La part des fonds PPTE dans le financement des investissements du secteur de la santé se situe quant à elle entre 12 et 15 %, comme le montre le schéma ci-dessous. Ces chiffres démontrent éloquemment l'importance des ressources extérieures dans le financement du système de santé au Niger ; surtout au regard du fait que suivant les années, le budget d'investissement est l'un des plus importants du budget du Ministère de la Santé Publique. Les statistiques indiquent également la prédominance des aides non remboursables sur les emprunts dans le financement extérieur.

Graphique 2 : Sources de financement de budget d'investissement du MSP en 2005



Graphique 3 : Sources de financement de budget d'investissement Du MSP en 2007



Au Niger, les principaux partenaires extérieurs intervenant dans le domaine de la santé sont les pays de l'Union Européenne (France, Belgique, Italie) et les institutions onusiennes, notamment l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP. La Banque Mondiale et l'Agence française pour le Développement (AFD) financent, quant à elles, un « fonds commun » destiné à soutenir la mise en œuvre du Plan de Développement sanitaire 2005-2010, avec des apports respectivement estimés à 28 et 15 millions de dollars US.

Au nombre des partenaires extérieurs, il faut noter également des institutions comme HKI, World Vision, GAVI, qui apportent des contributions appréciables dans le financement du secteur de la santé. La plupart de ces partenaires extérieurs, y compris les institutions onusiennes, continuent à intervenir à travers des projets ; alors que le pays a opté pour une approche programme, concrétisée par l'adoption d'un plan de développement sanitaire pour la période 2005-2010.

Dans un rapport intitulé « *Une aide en bonne santé ?* » publié en 2008, Action for global Health note que « *certaines agences, dont celles de l'ONU, déploient encore des projets ou des programmes assortis d'objectifs, de procédures de planification, de calendriers et de procédures de suivi évaluation qui leur sont propres* ». Le rapport précise que « *leur non-alignement avec l'agenda et la politique du ministère de la Santé nuit à l'efficacité de l'aide* » ; mais, ces institutions ne semblent pas accepter cette critique et persistent à soutenir que ce choix découle du fait que l'administration nigérienne n'a pas toujours les qualités requises pour bien gérer l'aide.

La vérité est que certaines institutions s'accrochent à l'approche projet dans le seul but de donner une visibilité à leurs actions dans le pays ; alors même qu'il est évident que celle-ci ne permet pas parfois d'évaluer les ressources engagées dans le secteur. Une partie de la contribution des partenaires techniques et financiers n'est pas, en effet, inscrite au budget général de l'Etat. La prise en compte des principes édictés dans le cadre de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide s'avère urgent pour corriger les insuffisances constatées dans les procédures des bailleurs de fonds (retards dans les décaissements, imprévisibilité, etc.). En 2007 par exemple, une bonne partie des activités prévues sur financement du Fond commun n'a pu être exécutée du fait, entre autres, du retard considérable enregistré dans la libération des fonds.

II. La part de la santé dans le budget général de l'État

Au cours de ces dernières années, le budget général de l'Etat a connu une croissance quasi-régulière, passant en valeur nominale de 200 milliards de francs CFA en 2000, à 503 milliards de francs CFA en 2008. Si la croissance du budget général atteint 151% sur la période 2000-2008, avec une moyenne annuelle estimée à 10,8%, force est de constater que la part des dépenses en proportion du PIB est restée plutôt faible.

Le budget général de l'État, qui ne représentait que 17% du PIB en 2000, est passé à 27% du PIB en 2004 ; mais, cette progression s'est estompée entre 2004 et 2006, où on observe une tendance à la baisse.

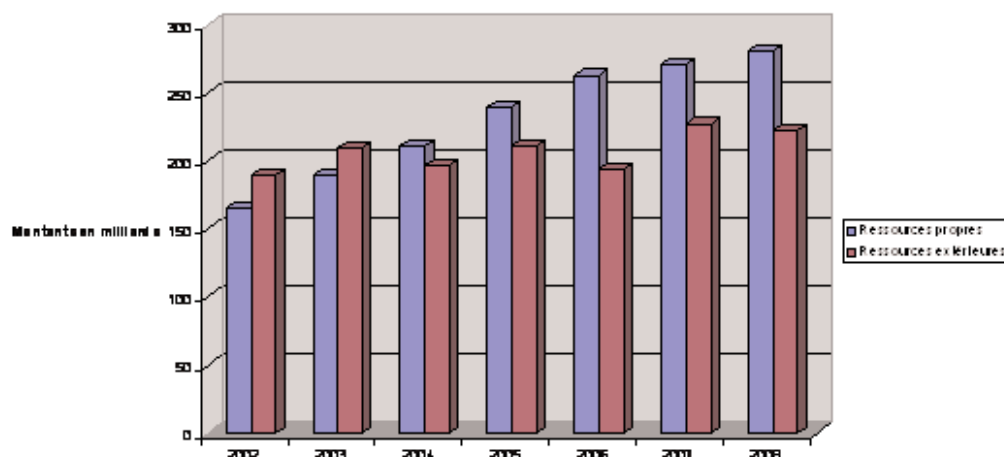
Aujourd'hui, même si le Niger reste dans la tranche de la moyenne régionale fixée à 20% du PIB, il apparaît clairement que le pays fait face à des difficultés de mobilisation des ressources internes. Cette faible capacité en matière de mobilisation des ressources internes incline à croire qu'il pourrait connaître, à moyen terme, des difficultés à soutenir financièrement le secteur de la santé. D'ores et déjà, le budget général de l'État se caractérise par sa forte dépendance vis-



à-vis du financement extérieur, qui représente parfois 50% des prévisions de ressources.

Entre 2003 et 2008, la part du financement extérieur dans le budget de l'État a connu une évolution en dents de scie, passant de 52,5% des prévisions de dépenses en 2003 à 42,7% en 2006, avant de remonter à 45% en 2008.

Graphique 4 : Sources de financement du budget de l'Etat



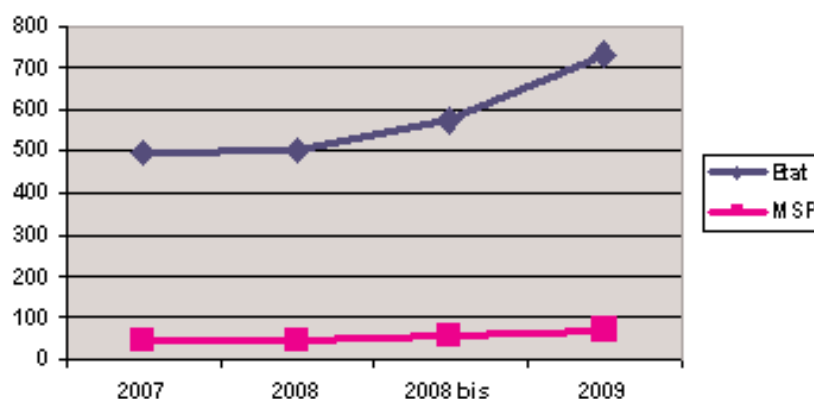
Le graphique ci-dessus illustre parfaitement l'importance des ressources extérieures dans le financement du budget de l'État ; mais, il convient de souligner qu'il ne s'agit que des prévisions de ressources extérieures attendues dans les lois de finance. Les ressources effectivement mobilisées sont inférieures aux prévisions ; ainsi qu'il ressort d'ailleurs de l'examen des lois de règlement disponibles de la période.

Entre 2003 et 2005, on note un gap d'environ 180 milliards de francs CFA entre les prévisions et les réalisations, soit environ 30% du montant total des ressources extérieures attendues. Cette tendance à la baisse risque d'ailleurs de se poursuivre au cours des prochaines années, en raison notamment de la persistance de la crise économique mondiale, qui peut amener les principaux bailleurs de fonds à réduire considérablement leurs appuis. Le secteur de la santé publique, où la part du financement extérieur est particulièrement importante, pourrait alors en pâtir sérieusement ; à moins que les autorités nigériennes ne prennent urgemment des mesures pour accroître la part de l'État dans le financement du secteur.

A l'heure actuelle, la part du budget prévisionnel du Ministère de la santé dans le budget général de l'État a connu une évolution en dents de scie au cours de cette décennie. Estimée à 8,8% en 2003, la part de la santé dans le budget prévisionnel général de l'État a chuté à 6% en 2005, avant de remonter à 9,5% en 2007 ; mais, elle est restée stable autour de 9,5% entre 2007 et 2008, malgré une croissance de 23% du budget du Ministère de la santé. En pourcentage du PIB, le budget prévisionnel du MSP est passé de 2% du PIB du pays en 2003 à 2,3% en 2007.

Au cours de ces trois dernières années, alors que le Niger a pu bénéficier de ressources relativement importantes grâce à la relance du secteur minier, la part du budget de la santé dans le budget général de l'État n'a enregistré aucune évolution significative. Sur la période 2007 à 2009, le taux de croissance du budget de la santé (48%) a été identique à celui du budget général de l'État (47%). Le tableau ci-dessous indique parfaitement cette tendance.

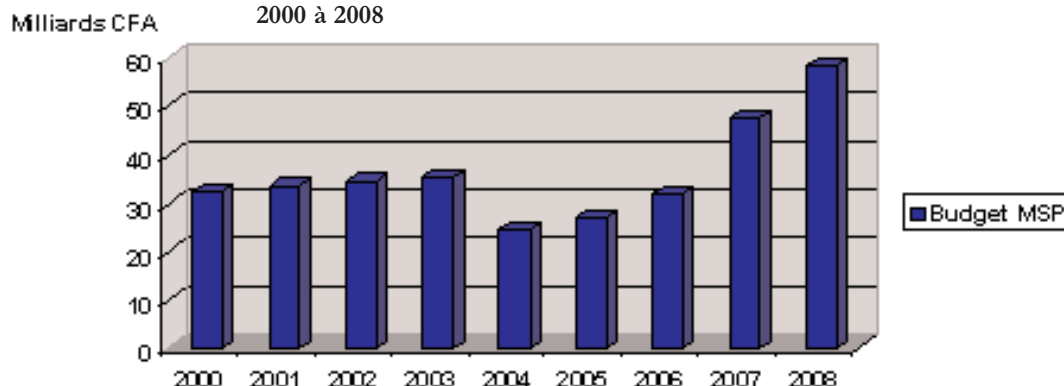
Graphique 5 : Comparaison de l'évolution du budget de l'Etat et de celui du MSP (en milliards de CFA)



Source : analyse alternative⁴

Au cours de la période 2000-2008, il convient de relever également que la part du budget du Ministère de la Santé Publique en pourcentage du PIB est restée aussi faible. En 2003, elle était de 1,4 % du PIB, avant de chuter à 1,2% en 2004 et 2005. L'analyse du budget du MSP montre que la part allouée à la santé dans le budget général de l'Etat au cours des cinq (5) dernières années n'a jamais atteint ni les 10% recommandés par l'OMS, encore moins les 15% décidés lors du sommet des chefs d'Etat d'Abuja en 2001. Ce qui signifie que l'État nigérien est très loin de tenir ses engagements internationaux en faveur de la réalisation de la santé pour tous ; alors qu'il se proposait dans le cadre du plan de développement sanitaire 2005-2010 de porter la part du budget consacrée à la santé à au moins 10% du total des dépenses publiques à l'horizon 2009. Le budget du secteur de la santé ne représentant que 1,8% du PIB selon les chiffres publiés par le FMI⁵ sur la période 2004-2008, il est évident que la barre de 3,74% du PIB projetée dans le cadre du plan de développement sanitaire sera difficile à atteindre.

Graphique 6 : Evolution du budget du MSP de 2000 à 2008



Source : analyse Alternative/lois des finances

⁴Dans ce schéma, par année 2008 bis nous avons choisi de faire ressortir le changement intervenu à travers la rectification du budget de 2008.

⁵Voir le rapport des services du FMI n°08/211 de juillet 2008

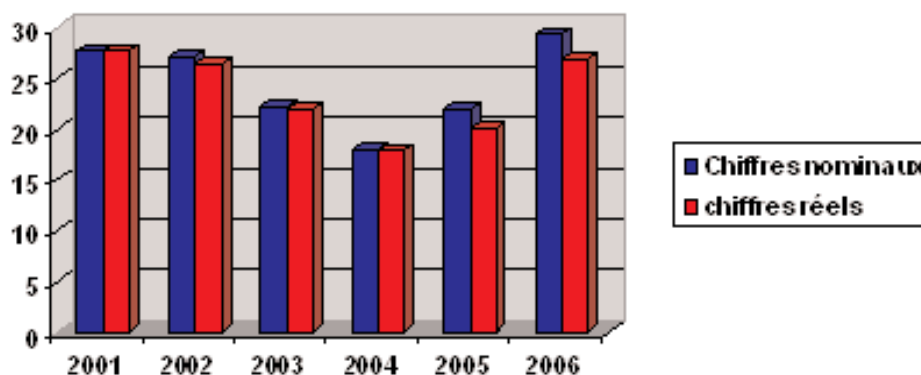


Par ailleurs, il importe de souligner que la croissance du budget du ministère de la santé n'est que théorique ; car, les taux de croissance de ce budget sont établis sans prendre en compte l'inflation. Les montants réels des allocations, calculés sur la base du taux d'inflation, sont nettement inférieurs aux montants nominaux. En prenant l'année 2001 comme année de référence, on s'aperçoit aisément que le budget de la santé était pratiquement en chute libre entre 2001 et 2004 ; et malgré la timide remontée observée à partir de 2005, ce budget n'avait pas atteint en 2006 son niveau de 2001

Cette situation incline à douter du discours officiel tendant à présenter la santé comme une priorité des autorités nigériennes ; tout comme les taux d'exécution du budget de ce secteur, qui n'ont jamais atteint le seuil de 90%, témoignent d'une faible volonté politique évidente. Sur ce point, les lois de règlements de la période 2003-2006 indiquent que le plus fort taux d'exécution a été enregistré en 2006 avec 86%. Si l'Etat n'arrive pas à maintenir et à améliorer les dépenses de santé dans un pays où la population croît au rythme de 3,3%, le Niger ne pourra jamais atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé.

Graphique 7 : Comparaison en chiffres réels et nominaux du budget du MSP

Milliards CFA



Sources : Lois des finances /Analyse Alternative

Dans tous les cas, il importe de souligner que les dépenses publiques de santé ne se traduisent pas automatiquement en gains directs de santé pour l'ensemble de la population du pays ; car, dans le contexte actuel du recouvrement des coûts des soins où la solvabilité financière est le déterminant principal de l'accès, ces dépenses profitent davantage aux nantis qu'aux pauvres. En l'absence d'un mécanisme garantissant l'accès aux soins des pauvres, les investissements réalisés dans le secteur de la santé ne profiteront qu'à ceux qui peuvent payer pour y accéder ; et tant que les ressources ne sont pas utilisées de façon efficiente, notamment du point de vue de la définition des priorités, la situation sanitaire peut rester globalement mauvaise dans le pays.

Par ailleurs, selon le rapport de l'enquête QUIBB 2005 sur le profil de la pauvreté souligne que seulement 6,2% des personnes ayant sollicité un service de santé au cours des quatre (4) semaines précédant l'enquête ont estimé être satisfaites par la prestation des services de santé reçus.

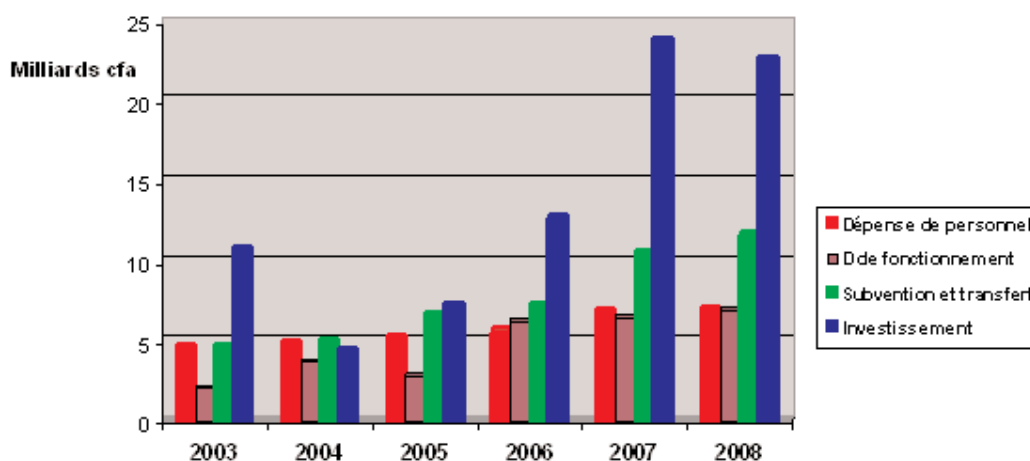


La non satisfaction concerne à la fois les femmes et les hommes ; ce qui indique que des efforts doivent être fournis pour améliorer la qualité des services et rentabiliser ainsi les ressources dépensées. Le défi pour les pouvoirs publics nigériens est de transformer les ressources financières en prestations de soins de santé de qualité, physiquement accessibles, culturellement acceptables et financièrement abordables pour tous.

III. La répartition des allocations dans le secteur de la santé

Selon les données issues de la revue des dépenses publiques du secteur de la santé 2006, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a consacré 65% de son budget aux dépenses d'investissement en 2003 ; mais, ces dépenses ont été ramenées à 32% du budget en 2005 puis à 40% en 2006. Sur la période 2003 à 2009, les données de la loi des finances montrent plutôt une prépondérance du fonctionnement sur les investissements. On observe sur la période des écarts importants entre les deux rubriques. En 2004 et 2005, on observe une baisse sensible du budget d'investissement par rapport à son niveau de 2003. En 2004, la part des investissements a chuté à 24% du budget du ministère, alors que les subventions et transferts atteignent 28% de ce budget et les dépenses de personnel 27%. La chute du budget du ministère de 30% entre 2003 et 2004 a donc affecté en particulier le budget d'investissement.

Graphique 8 : Evolution des dépenses des différentes rubriques dans le budget du MSP



Source : analyse alternative

Selon les prévisions budgétaires, les parts du budget d'investissement continuent à monter jusqu'à atteindre 50% du budget du MSP en 2007 et 47% en 2008. Cette hausse du budget d'investissement prévisionnel mise en réalité sur des largesses présumées des partenaires extérieurs. La part attendue de l'aide non remboursable dans le budget d'investissement est passée de 3,5 milliards en 2006 à 12,8 milliards en 2007 et 11,6 milliards en 2008. Les parts d'emprunts elles, sont allées crescendo passant de 3,5 milliards CFA en 2006 à 5,9 en 2007 et 7,5 milliards CFA en 2008. Les aides non remboursables et les emprunts, qui représentaient 56% du budget d'investissement du MSP en 2006, ont atteint la proportion de 72% en 2008. Ce qui constitue une source d'incertitude étant donné le caractère incertain des aides extérieures et les difficultés que connaît parfois le Niger à y accéder.

Au cours de ces dernières années, les dépenses de personnel ont connu, quant à elles, une baisse notable passant de 36% des dépenses du ministère en 2003 à 14,6%⁶ dans les prévisions de dépenses de la loi des finances 2008 ; soit une baisse sensible de 21 points de pourcentage sur la période. Cette réduction des dépenses de personnel contraste avec la volonté de développer le secteur de la santé, dont un des problèmes est justement l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel.

Le Niger compte actuellement un (1) médecin pour 104 149 habitants, alors que l'OMS préconise le ratio un (1) médecin pour 10 000 habitants ; et un infirmier pour 7105 habitants et une sage-femme pour 5 520 habitants, alors que les normes de l'OMS sont de un infirmier et une sage-femme pour 5 000 habitants.

A la fin des années 1990 déjà, du fait de la politique de limitation du recrutement à la fonction publique menée sous les auspices des institutions financières, les dépenses de personnel ont entamé une baisse très sensible. Selon la banque mondiale, ces dépenses, qui représentaient 44% des dépenses totales de fonctionnement du secteur en 1994, sont tombées à 28% du fonctionnement en 1996 et à 25% en 1998, soit une chute brutale de 19 points de pourcentage en l'espace de quatre (4) années seulement. Au vu de cette politique, pour la Banque elle-même, « *il n'est pas étonnant que pour l'ensemble du Niger, les prévisions en personnel à la fin de la décennie ne soient satisfaites qu'à 20% pour les médecins, 17% pour les sages femmes et à 53% pour les infirmiers et infirmières* ».

Tableau 3 : répartition géographique du personnel de santé

	Médecins	infirmiers	Sages femmes
Maradi	1/133.498 hbts	1/9.941 hbts	1/9.691 hbts
Tahoua	1/141.367 hbts	1/9.103 hbts	1/11.128 hbts
Niamey (capitale)	1/26.954 hbts	1/3267 hbts	1/1.343 hbts
Niger	1/104.149 hbts	1/7105 hbts	1/5520 hbts
Normes OMS	1/10.000 hbts	1/5000 hbts	1/5000 hbts

Sources : annuaires statistiques de santé 2007⁶

Comme le montre le tableau ci-dessus, il apparaît nettement que l'un des défis auquel est confronté le pays demeure la mauvaise répartition géographique du personnel de santé. Les écarts entre les différentes régions sont particulièrement frappants. La région de Niamey compte par exemple une sage-femme pour 1000 habitants, alors que celle de Tahoua compte une sage-femme pour 11 000 habitants. L'écart entre les deux régions est encore plus prononcé concernant le ratio des médecins ; car, ce ratio est de un médecin pour 26 000 habitants à Niamey contre un médecin pour 141 000 habitants à Tahoua. La répartition géographique actuelle du personnel de santé traduit globalement des inégalités graves dans la distribution de l'offre de santé selon le milieu de résidence. De ce fait, il est évident qu'une réduction des

⁶Ces chiffres ne prennent pas en compte le personnel de la maternité Gazobi et de l'Hôpital national de Niamey.



dépenses publiques consacrées au personnel ne peut qu'entretenir ces inégalités plutôt que de les réduire, comme prévu dans le cadre du PDS 2005-2010.

Par ailleurs, il convient de souligner que la réduction des dépenses de personnel contribue à la démotivation du personnel soignant. Le faible niveau des salaires pousse déjà des nombreux cadres de santé à travailler également dans le secteur privé de santé pour arrondir les fins de mois. La mauvaise répartition des médecins s'explique d'ailleurs, en grande partie, par le faible niveau des salaires ; car, il est de notoriété publique que nombre de médecins préfèrent travailler en milieu urbain, où ils peuvent offrir leurs services au secteur privé. La solution envisagée par le gouvernement est actuellement d'offrir des primes et des indemnités aux agents servant en milieu rural ; mais, ces mesures d'incitation ne peuvent en aucun cas être une alternative véritable au recrutement de nouveaux agents. Actuellement, plus de 200 médecins sans emplois attendent d'être intégrés à la fonction publique nigérienne.

Sur le chapitre de la répartition des allocations au sein du Ministère de la santé, il convient de souligner également que les autorités nigériennes n'ont pas réussi encore à corriger les inégalités entre le niveau central et la périphérie en termes de ressources financières allouées. L'analyse de la répartition de ces ressources au sein du Ministère de la santé publique fait ressortir que l'essentiel des ressources continue toujours d'être affecté au niveau central au détriment de la périphérie. Alors que la déclaration de politique sectorielle, adoptée en 2002, se propose de s'attaquer notamment à l'iniquité dans l'accès aux soins et services de santé entre la population urbaine et rurale.

Abordant cette problématique, les Comptes Nationaux de Santé 2003 ont relevé d'une part, *«l'extrême concentration des ressources financières au profit de l'administration centrale (90%) et au détriment des structures régionales décentralisées (10%)»* ; et d'autre part, le traitement inégal entre la portion centrale et la périphérie dans l'exécution du budget, caractérisé par le fait que *«le taux d'exécution des dépenses du niveau central est systématiquement plus élevé que celui des niveaux périphériques»*. Cinq (5) ans plus tard, le constat établi en 2003 par les Comptes nationaux de santé reste toujours d'actualité ; car, les ressources sont encore concentrées au niveau central, alors même que les besoins sont plus pressants à la périphérie.

Ainsi, en examinant les rubriques relatives aux dépenses de fonctionnement hors salaires et subventions-transferts du budget du Ministère de la santé, il ressort que la part allouée aux huit (8) Directions régionales de la santé publique (DRSP) est passée de 45,7% en 2003 à 34% en 2008⁷. L'annuaire des statistiques de santé souligne que le montant total des ressources transférées en 2007 vers les structures régionales (DRSP, CHR et districts) au titre du fonctionnement est de 5,68 milliards ; ce qui ne représente qu'un tiers (1/3) du budget de fonctionnement, hors salaires, du Ministère de la santé publique au cours de la même année.

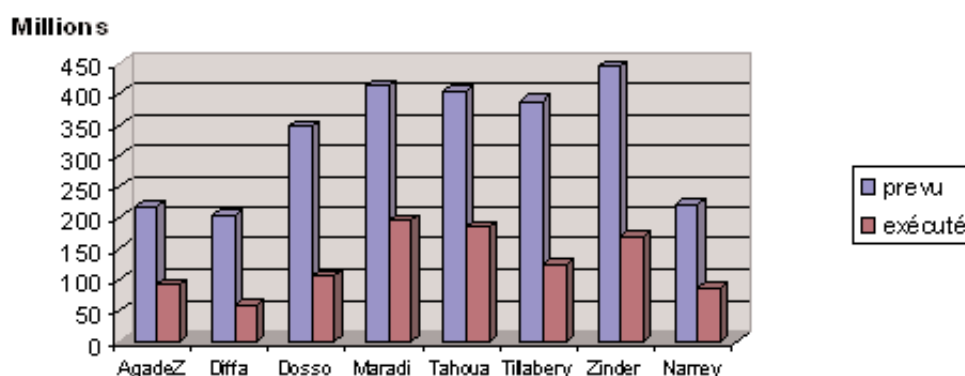
Les disparités en termes de taux d'exécution entre le niveau central et la périphérie sont tout aussi patentées. En 2005, le taux d'exécution budgétaire n'était que de 38% pour l'ensemble des huit (8) directions régionales, alors que le budget du ministère de la santé enregistrait un taux d'exécution globale de 77%. Ce taux d'exécution était seulement de 28% au niveau de la Direction régionale de santé de Diffa, contre 47% au niveau de la Direction régionale de Maradi.

⁷La part du budget de fonctionnement allouée aux régions a baissé à l'occasion de la loi des finances 2008, alors qu'il était de 49% dans le budget 2008 initial.

Au regard de ces chiffres, il est incontestable que la santé est financée en grande partie par les populations elles-mêmes dans les régions. L'annuaire des statistiques 2006 publié par l'Institut National de la Statistique relève d'ailleurs que « *le financement de la santé au niveau des régions est assuré à 50% par les PTF, et les populations elles-mêmes à travers le recouvrement des coûts à hauteur de 27%* ». L'annuaire précise que « *les crédits délégués de l'Etat au niveau des régions ne représentent que 23% du financement de la santé* ».

En 2008, une mission conjointe de la Banque Mondiale (BM) et de l'Agence Française de Développement (AFD), entrant dans le cadre la 3ème revue semestrielle conjointe du Plan de Développement Sanitaire (PDS), a déploré cette situation en soulignant que 70% des activités ont été effectuées par le niveau régional avec seulement 30% des ressources affectées (une fois déduit le financement ITI au niveau central)⁸.

Graphique 9 : Taux d'Exécution des budgets de fonctionnement des DRSP en 2005



Sources : Analyse Alternative /Lois des finances

Par ailleurs, il faut noter que les remaniements budgétaires se font parfois au détriment des directions régionales de la santé ; comme ce fut le cas en 2008 avec l'adoption d'une loi des finances rectificative amputant de 40% les dépenses de fonctionnement hors salaires et subventions-transferts de ces directions. Les autorités nigériennes avaient procédé à cette réduction drastique des dépenses de fonctionnement des directions régionales, alors même que le budget général de l'État avait enregistré à l'époque des ressources supplémentaires de 78 milliards de francs CFA).

Le remaniement budgétaire s'était traduit par une annulation des crédits de l'ordre de 1,2 milliard de francs CFA au détriment des directions régionales. Il faut toutefois noter que des nouveaux crédits de l'ordre de 700 millions de francs CFA ont été alloués, par la même occasion, pour le fonctionnement de l'administration centrale du Ministère de la santé publique.

A travers cet exemple, il apparaît clairement que les mauvaises pratiques pointées par les Comptes nationaux de santé continuent d'exister ; et ce, malgré toutes les critiques formulées à la fois par les bailleurs de fonds et par les organisations de la société civile. La persistance

⁸La part du budget de fonctionnement allouée aux régions a baissé à l'occasion de la loi des finances 2008, alors qu'il était de 49% dans le budget 2008 initial.

des telles pratiques, qui est de nature à handicaper le bon fonctionnement des services sanitaires, est un signe patent de manque de volonté politique. Car, les autorités nigériennes savent très bien que le transfert des ressources vers les régions est un indicateur important de l'efficacité et de l'équité dans l'allocation des ressources. Les autorités devraient donc chercher, par le biais d'une allocation conséquente aux régions, à rétablir l'équité dans la répartition des dépenses de santé au Niger. A ce sujet, il faut noter que la Banque mondiale a attiré l'attention des décideurs en relevant que les dépenses de fonctionnement par tête, sans compter celles affectées aux services centraux du MSP, se situent en 1999 à 2496 FCFA par habitant à Niamey, contre 426F à Maradi, 364F à Tillabery, 514F à Tahoua.

En outre, il convient de souligner que les fonds affectés aux directions régionales de la santé sont généralement utilisés pour couvrir les dépenses liées à l'achat des fournitures (alimentation des patients, carburant, habillement, couchage, matériels pédagogiques, etc.). En 2003, la part du budget de fonctionnement consacrée à l'achat des fournitures variait de 42,8% à la DRSP d'Agadez, à 56,2% à celle de Maradi. La situation n'a pas changé significativement aujourd'hui encore, les DRSP consacrant toujours entre 40 et 50% de leurs ressources à cette rubrique. Le second poste le plus important par le volume des crédits consacrés est celui de l'entretien et de la maintenance. Les directions régionales consacrent, à cet effet, entre 29 et 46% des ressources qui leur sont affectées en 2003, et entre 37 et 49% en 2007.

En dehors des Directions régionales de la santé, l'État effectue également des transferts de ressources vers les établissements hospitaliers. Le cas le plus intéressant à étudier est celui de l'Hôpital national de Niamey (HNN).

IV. Le secteur hospitalier sous astreinte financière

Crée en 1922, l'Hôpital National de Niamey a été érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 et jouit donc d'une autonomie de gestion. Avec une capacité de 1000 lits et 923 agents toutes catégories confondues, il offre actuellement environ 100.000 consultations par an. La subvention annuelle de l'État pour cet établissement s'élève à 1,4 milliard de francs CFA ; mais, cette subvention ne semble guère suivre l'évolution des besoins croissants de l'établissement. En 2002, alors que le nombre des consultations n'était que de 20 000 par an, l'établissement recevait de l'État 1,3 milliard de francs CFA ; en 2005, alors que le nombre des consultations annuelles a triplé passant à 60.000, l'État n'a augmenté sa subvention que de 1% pour l'établir à 1,4 milliard de francs CFA jusqu'en 2008.

Pourtant, les autorités n'ignorent pas que les charges de l'établissement ont considérablement augmenté au cours de cette période. Le personnel de l'hôpital est passé de 781 agents en 2005 à 923 en 2007. Ce qui a fait augmenter les charges salariales de 645,6 millions de francs CFA en 2005 à 989,1 millions de francs CFA⁹ en 2007. Le service des urgences, qui ne recevait que 3619 cas en 2005, a reçu 42 964 cas en 2007. Le nombre des consultations est passé de 60 561 en 2005 à 100 413 en 2007. Le budget de fonctionnement est passé de 514,7 millions de francs CFA en 2005 à 538,2 millions de francs CFA en 2007. Les dépenses de personnel atteignaient 1,6 milliards FCFA en 2008, soit au moins 200 millions de francs CFA de plus que la subvention de l'Etat.

⁹A ce montant il faut ajouter les indemnités et charges diverses qui s'élèvent à 167,4 millions FCFA en 2005, 158,2 millions CFA en 2006 et 121,8 millions CFA en 2007.

Les prévisions de dépenses d'investissement pour l'année 2008 étaient estimées à environ 977 millions FCFA ; tandis que les charges de fonctionnement s'établissaient à 1,8 milliard de francs CFA. Les charges prévisionnelles totales de l'établissement pour l'année 2008 s'élevaient à 5,7 milliards de francs CFA. Au regard de ces chiffres, il n'est point nécessaire de souligner que la subvention étatique à l'hôpital national de Niamey est insignifiante ; comparée par exemple à celle que reçoit au Burkina Faso un hôpital de la même importance, l'Hôpital Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. Avec une capacité de 750 lits, l'Hôpital Yalgado reçoit une subvention de 3,8 milliards de francs CFA par an, presque trois fois la subvention de l'État nigérien à l'Hôpital National de Niamey.

Dans les faits, le fonctionnement de l'Hôpital national de Niamey ne dépend nullement des subsides versés par l'État ; il repose presque entièrement sur les ressources collectées auprès des usagers. La logique en œuvre dans cet établissement est, à certains égards, plus pernicieuse que celle du recouvrement des coûts tel que pratiqué à la périphérie. En effet, l'hôpital national de Niamey fonctionne pratiquement comme l'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) qu'il a failli devenir officiellement.

Dans un mémorandum rendu public en février 2008, le personnel de l'établissement a sonné l'alarme en rappelant d'une part que « *l'autonomie de gestion qui caractérise tout EPA ne veut pas dire autofinancement* » ; et d'autre part que « *le recouvrement des coûts des soins auquel il doit procéder est un recouvrement partiel dont le complément est compensé par la subvention de l'État* ». Le personnel prévient que « *autrement la mission de l'EPA sera pervertie et se fera au détriment des moins nantis qui constituent la majorité des patients* ». Si l'Etat ne fait rien dans le sens d'un appui conséquent à l'Hôpital national de Niamey, il est effectivement évident que cet établissement perdrait son statut de service public. Les gérants de l'établissement sont d'ores et déjà sur cette voie dangereuse ; car, ils ont réussi progressivement à instaurer une logique purement marchande au sein de l'établissement.

Ainsi, la Direction de l'HNN avait décidé en 2002 de rehausser de façon très sensible les frais des différentes prestations ; et en 2005, elle avait instauré des tarifs d'hospitalisation (20 000fcfa par jour) défiant ceux pratiqués dans le secteur privé au niveau d'un pavillon construit dans le cadre des 5èmes Jeux de la Francophonie. Cette démarche a été vivement critiquée par le personnel qui, à juste titre, estimait que « *la Direction fait des soins privés dans un service public* ». La conséquence logique des telles pratiques est bien évidemment l'exclusion de fait des couches vulnérables de l'accès aux soins hospitaliers ; alors que le devoir de tout État est au moins de veiller à ce que la tarification ne compromette pas l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Dans l'immédiat, il est impératif que l'Etat honore rapidement sa dette vis-à-vis de l'Hôpital national de Niamey. Les impayés relatifs à la prise en charge médicale des agents de la fonction publique sont estimés à 654 millions de francs CFA pour la période 2005-2007 ; tandis que les arriérés au titre de la prise en charge de la gratuité des soins du cancer féminin et des soins des enfants de 0 à 5 ans s'élèvent à 38,7 millions de francs CFA en 2007. Ces impayés s'accumulent depuis trois (3) ans compromettant les possibilités pour l'Hôpital de faire face à ses obligations ; en particulier, les factures d'eau et électricité, des fournisseurs de vivres, les ardoises des impôts et des cotisations sociales de la CNSS. Le cumul des dettes de l'Hôpital

national de Niamey en fin 2007 est à peu près équivalent à la subvention de l'Etat (1,36 milliards CFA)¹⁰. Si l'État continue à accumuler des impayés vis-à-vis de l'établissement, tout en se montrant très peu pressé à déboursier sa subvention, l'hôpital national de Niamey finira par se transformer en supermarché de santé pour survivre ; car, les ressources mobilisées auprès des usagers ne suffiront pas à le faire fonctionner normalement et à y réaliser des investissements indispensables.

Enfin, il faut noter que les autres hôpitaux nationaux reçoivent une subvention publique encore plus insignifiante que celle allouée à l'Hôpital national de Niamey. Le budget de l'Hôpital national de Zinder ne représente que 40% de celui de l'HNN ; et celui de la maternité Issaka Gazoby, qui est la principale maternité de référence du pays, ne vaut que le 1/4 de l'Hôpital national de Niamey. Si l'on compare les dépenses publiques de santé au profit de la centaine des parlementaires nigériens, on se rend compte qu'elles représentent le 1/4 de la subvention de l'État à l'Hôpital national de Niamey et qu'elles sont équivalentes à la totalité de la subvention annuelle accordée à la Maternité Issaka Gazoby. Les fonds spéciaux alloués au Président de la République et au Premier ministre, dont le montant est estimé à 750 millions de francs CFA, représentent le double de la subvention de la maternité de référence. Ce qui prouve éloquemment que le secteur hospitalier n'est pas une priorité pour les autorités nigériennes.

Conclusion : Sortir de la dépendance extérieure

L'analyse budgétaire sectorielle fait ressortir tout d'abord que la part du budget prévisionnel du Ministère de la santé dans le budget général de l'Etat a connu une évolution en dents de scie au cours de cette décennie. Sur toute la période concernée par la présente étude, la part de la santé dans le budget général de l'État peine à atteindre même les 10% recommandés par l'OMS ; et en pourcentage du PIB, elle est passée de 2% du PIB en 2003 à 2,3% en 2007, c'est-à-dire encore loin de l'objectif de 3,74% préconisé dans le cadre du PDS 2005-2010.

En outre, même s'il est vrai que le budget du Ministère de la santé a enregistré une croissance régulière en termes nominaux, force est de constater que cette croissance n'est que théorique ; car, les taux de croissance de ce budget sont établis sans prendre en compte l'inflation. Calculé en tenant compte de l'inflation, le budget de la santé était pratiquement en chute libre entre 2001 et 2004 ; et malgré la timide remontée observée à partir de 2005, ce budget n'avait pas atteint en 2006 son niveau de 2001.

Enfin, l'analyse budgétaire sectorielle fait ressortir que le financement de la santé au Niger est « tributaire » des partenaires techniques et financiers extérieurs, dont la contribution au budget prévisionnel du Ministère de la santé publique est passée de 22% en 2006 à 40% en 2007. Cette dépendance vis-à-vis des ressources extérieures se traduit, dans les faits, par un pouvoir considérable des donateurs dans la définition des politiques publiques ; et l'un des indicateurs de la grande influence de ces donateurs demeure la place de choix accordée au VIH/SIDA dans les programmes publics de santé.

En effet, comme le souligne un rapport d'audit diligenté par la Cour des Comptes de l'Union¹¹ en 2007 à propos de l'Éthiopie et du Mali, qui ont obtenu une aide extérieure supérieure à leur

¹⁰ En 2008, l'ensemble des dettes auxquelles l'HNN devait faire face est estimé à 1,5 Milliards CFA

¹¹ Rapport spécial n° 10/2008 ; (présenté en vertu de l'article 248, paragraphe 4, deuxième alinéa, CE)

« L'aide au développement fournie par la CE aux services de santé en Afrique subsaharienne »



budget national de la santé pour lutter contre le VIH/SIDA, une étude récente sur l'efficacité de l'aide¹² a démontré que les partenaires techniques et financiers sont beaucoup plus enclins à financer au Niger aussi la lutte contre le VIH/SIDA. Cette situation est d'autant plus paradoxale que les taux de prévalence en VIH sont relativement faibles, sans oublier que la priorité officielle du pays en matière de santé est la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Aujourd'hui, des nombreux acteurs de la société civile sont d'avis qu'il est possible de sortir du cercle vicieux de la dépendance vis-à-vis des sources de financement extérieur ; car, cette dépendance s'alimente surtout du manque de volonté politique des autorités à améliorer la gestion des ressources disponibles et à initier une approche novatrice de financement du secteur de la santé. Les acteurs de la société civile sont convaincus qu'une lutte ardue contre la corruption dans le secteur de la santé, même s'il est évident qu'elle ne suffira pas à relever le défi d'un financement endogène du secteur, pourrait aider à faire des progrès importants vers la réalisation du droit à la santé pour tous. Cette conviction se fonde sur le fait que la corruption épouse souvent, comme le relève un ouvrage récent *Etat et corruption en Afrique*, les contours des principales faiblesses du système sanitaire, à savoir l'insuffisance du personnel, le faible niveau de rémunération, la rupture fréquente des médicaments, etc.

Après plusieurs années de réforme du financement de la santé, force est de constater que la lutte contre la corruption dans ce secteur n'a jamais été retenue comme un axe stratégique majeur ; car, la question de la gestion n'est abordée que sous l'angle étriquée du renforcement des capacités du ministère de la santé et des structures décentralisées à mieux piloter les programmes de santé. La réflexion sur le financement de la santé est restée elle aussi cloisonnée dans le cadre de la politique de recouvrement des coûts ; comme s'il n'existe aucune autre possibilité de financer les soins de santé, en dehors de la participation financière des usagers et de l'aide publique au développement des pays du Nord. L'examen de la politique fiscale du gouvernement révèle qu'il existe bel et bien d'autres possibilités de financement du secteur de la santé ; et à l'heure actuelle, l'une de ces possibilités demeure la suppression ou la limitation des exonérations doctement accordées aux grosses compagnies multinationales implantées dans le pays.

Entre 2005 et 2007, l'État nigérien a accordé des exonérations de la TVA seulement de l'ordre 26,7 milliards de francs CFA à quatre (4) compagnies minières (COMINAK, SOMAIR, COGEMA et SONICHAR). Le montant de ces exonérations correspond à 87% des ressources extérieures mobilisées (sur la base des chiffres du FMI) pour le secteur de la santé pendant la même période. En 2005, le montant des exonérations accordées à ces mêmes compagnies était de 7,9 milliards de francs CFA, alors que le financement extérieur attendu dans le cadre du budget de l'Etat n'était que de 7,3 milliards de francs au cours de la même année. La situation était pratiquement la même en 2007 avec un montant total des exonérations de TVA de 11,01 milliards de francs CFA pour des recettes extérieures attendues de 11,65 milliards de francs CFA. Ce qui démontre clairement que l'État nigérien ne reçoit pas des bailleurs de fonds extérieurs plus qu'il n'en donne lui-même aux grandes compagnies sous forme de subventions indirectes découlant du code minier ou du code des investissements.

¹²D. Kerouedan , De Paris en 2005 à Accra en 2008 :Etude sur l'efficacité de l'aide française en appui au secteur de la santé au Niger.

En juillet 2008, une commission d'enquête parlementaire sur la société des mines du Liptako (SML) a révélé que cette société a produit entre 2004 et 2007, 8 306,29kg d'or qui lui ont rapporté 67,2 milliards de francs CFA ; mais, bien actionnaire à hauteur de 20% au sein de la société, l'État nigérien n'a obtenu en retour que 4,9 milliards de francs CFA, soit 7% du montant engrangé. La commission a révélé que le Niger a perdu, du fait des exonérations fiscales accordées à la SML, la bagatelle de 9,7 milliards de francs CFA, soit environ le double de ce qu'il a gagné en trois ans. Le montant de ces exonérations représente 84% de la part des financements extérieurs dans le budget de la santé au titre de l'année 2007.

Au regard de ces seuls exemples, il est symptomatique de constater que le Niger tend une main aux partenaires extérieurs pour demander et obtenir difficilement des appuis budgétaires pour financer le secteur de la santé. En même temps, il octroie généreusement d'une autre main aux multinationales – parfois originaires des pays donateurs – des subventions colossales sous forme d'exonérations qui dépassent largement le volume des aides reçues. L'État a tout intérêt à revoir sa politique fiscale dans ce domaine; car il gagnerait à la fois en souveraineté et en ressources pour assumer ses obligations en matière de financement de la santé.

CHAPITRE 4 : L'ÉQUITÉ DANS LES POLITIQUES ET LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Introduction

Avec 63% de sa population vivant dans la pauvreté, le Niger est l'un des pays d'Afrique où les problèmes d'accès aux soins de santé se posent avec beaucoup d'acuité ; en particulier pour les femmes et les enfants, qui constituent la majorité de la population du pays et qui sont les plus concernés par le phénomène de la pauvreté. Selon les données du SNIS, le Niger affiche des indicateurs de santé particulièrement préoccupants pour les femmes et les enfants. Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont respectivement de 81 et 198 pour 1000 en 2006; tandis que le taux de mortalité maternelle est de 648 pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période.

Cette situation dramatique est liée d'une part à l'insuffisance de la couverture sanitaire, et d'autre part à la persistance des maladies infectieuses et parasitaires. Les pathologies les plus meurtrières sont le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques. Associées à d'autres facteurs tels que la malnutrition, les conditions d'hygiène précaires et la survenance fréquente de certaines épidémies, ces trois maladies évitables représentent à elles seules 49,86% des causes des consultations et sont à l'origine de 81% des décès d'enfants dans le pays. Les forts taux de mortalité chez les femmes et les enfants sont la manifestation concrète des difficultés d'accès aux soins de santé qui se sont aggravées au cours de ces deux dernières décennies.

Selon le rapport de l'enquête EDSN-MICS III, seulement 46% des femmes ont effectué les consultations prénatales auprès d'un personnel formé au moment de l'enquête. Les disparités sont particulièrement marquées selon le milieu de résidence (88% en milieu urbain contre 39% en milieu rural), le niveau d'instruction (42% pour les femmes instruites contre 94% pour les non instruites) et le niveau de pauvreté (36% pour les femmes pauvres contre 83% pour les riches). L'enquête note également que 17% seulement des femmes ont accouché dans un établissement sanitaire ; tout en précisant que 81% de ces femmes n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal. Le taux de prévalence contraceptive moderne est seulement de 5% en 2006 pour l'ensemble du pays ; alors même que les autorités nigériennes et les bailleurs de fonds internationaux semblent tous se préoccuper du taux élevé de la croissance démographique.

Au cours de ces dernières années, les autorités nigériennes ont marqué leur volonté d'inverser ces tendances négatives à travers l'adoption d'une feuille de route en faveur d'une amélioration de la santé maternelle. Cette feuille définit, pour la période 2006-2015, quatre (4) objectifs principaux à atteindre : (i) offrir des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) de qualité dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ; (ii) offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) de qualité dans les 146 CSI de type II ; (iii) offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC) de qualité dans 70% des hôpitaux de district ; (iv) amener 80% des femmes enceintes à faire recours aux soins obstétricaux et néonataux.

En principe, la réalisation de ces objectifs devrait s'inscrire dans la droite ligne de la nouvelle politique de gratuité des soins de santé en faveur des femmes et des enfants de 0 à 5 ans ; car, les autorités semblent elles-mêmes avoir pris conscience qu'aucune avancée ne saurait être réalisée en matière de santé maternelle dans le contexte de la politique de recouvrement des coûts.

Le présent chapitre se propose d'analyser d'une part les conséquences de la politique de recouvrement des coûts sur l'accès aux soins de santé des groupes vulnérables, en particulier les femmes et les enfants; et d'autre part la répartition des ressources financières destinées à la mise en œuvre du Plan de développement sanitaire 2005-2010. Le chapitre se propose plus généralement de porter un regard critique sur les efforts consentis par l'État nigérien pour réaliser l'équité dans le secteur de la santé au profit des femmes et des enfants; et ce, conformément aux obligations et engagements découlant des instruments juridiques internationaux, régionaux et nationaux relatifs au droit à la santé.

I. La santé, un droit pour tous...

Aujourd'hui, l'accès aux soins de santé est reconnu partout dans le monde comme un droit fondamental et inaliénable de l'être humain. Comme tous les droits humains, celui relatif à la santé est soumis au principe de non discrimination, qui signifie que tout être humain doit pouvoir en jouir pleinement, indépendamment de toute considération liée à l'origine sociale ou raciale, au sexe ou au statut social, à la religion ou aux opinions.

Le principe de non discrimination est non seulement au cœur même des principaux instruments juridiques relatifs aux droits humains, notamment la déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) et le Pacte internationale relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) ; mais, il constitue également le socle sur lequel ont été bâtis d'autres instruments juridiques importants tels que la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et la convention sur les droits des enfants (CDE).

A propos du droit à la santé, les articles 11 et 12 de la CEDEF engagent les États parties à prendre toutes les mesures appropriées pour assurer la protection sociale et éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé. La convention stipule que les femmes ont le droit de bénéficier des conditions de travail qui protègent leur santé, et qu'elles doivent être protégées contre toutes mesures arbitraires provenant de l'employeur, du fait de l'accouchement, du mariage, etc. Les États signataires doivent faire en sorte que les femmes aient accès aux soins de santé, y compris à la planification familiale, dans les mêmes conditions que les hommes et dans n'importe quel hôpital ou centre de santé. A cet effet, l'article 12 de la convention dispose que les États signataires sont tenus de veiller à ce que pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement, les femmes puissent bénéficier, si possible gratuitement, des soins médicaux nécessaires et d'une alimentation appropriée.

Traitant du droit à la santé, la Convention relative aux droits de l'enfant dispose quant à elle en son article 24 que *«les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation»*. En vue d'assurer la réalisation intégrale de ce droit, la convention engage les États à prendre les mesures appropriées pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, lutter contre la maladie et la malnutrition, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel.

En outre, la convention sur les droits de l'enfant souligne que les États doivent s'efforcer de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès aux services de santé; et qu'ils doivent prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. Les articles 23, 25 et 32 énoncent des garanties en faveur des groupes d'enfants particulièrement vulnérables, notamment les enfants handicapés. Sur ce point, la convention dispose que les enfants handicapés ont le droit de bénéficier de soins spéciaux et engage les États parties à leur octroyer une aide adaptée à leur état et à la situation de leurs parents ou tuteurs. Cette aide doit être gratuite et viser à assurer l'accès de ces enfants à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives.

En dépit des garanties énoncées par ces instruments juridiques, les inégalités d'accès aux soins de santé se sont fortement accrues en Afrique et particulièrement au Niger. La solvabilité financière étant devenue la principale condition pour avoir accès aux soins de santé, du coup, les femmes et les enfants, notamment ceux résidant en milieu rural ou périurbain, en sont les principaux exclus.

II. Un accès inégal aux soins de santé

Selon les données du SNIS, près de 50% de la population nigérienne est située à plus de 5km d'une formation sanitaire et 15% se trouve à plus de 15km. En outre, le pays ne dispose que de 756 centres de santé intégrés (594 de type 1 et 162 de type 2), 2025 cases de santé fonctionnelles, 26 hôpitaux de district possédant un plateau technique complet, 6 centres hospitaliers régionaux, 3 hôpitaux nationaux de référence, 3 maternités nationales de référence et 3 centres nationaux spécialisés. Le secteur privé compte au total 229 établissements de soins, toutes catégories confondues, implantés essentiellement dans les grandes villes.

La répartition géographique de ces formations sanitaires indique que les populations rurales sont particulièrement lésées ; car, compte tenu du coût prohibitif du transport interurbain au Niger, la case de santé est très souvent, pour elles, le premier et dernier recours pour l'obtention des soins. De ce fait, contrairement aux habitants des grandes villes, ceux des villages sont privés d'un accès physique aux soins spécialisés de santé. Cela est d'autant plus vrai que les cases de santé, qui sont les seules formations sanitaires géographiquement accessibles, ne disposent ni d'un équipement approprié, ni d'un personnel qualifié.

Les données du SNIS indiquent que l'essentiel du personnel de la santé, en particulier le personnel de haut niveau (médecins, infirmiers, sages femmes), est concentré dans les grands centres urbains. Compte tenu, d'une part des conditions de vie difficiles dans les zones rurales, et d'autre part des opportunités offertes par l'exercice privé du métier, les médecins rechignent par exemple à exercer loin des grandes villes. Les mesures récentes de motivation prévues par le gouvernement n'ont pas permis d'inverser cette triste tendance du personnel de haut niveau à bouder le milieu rural ; car, les primes et indemnités proposées ne compensent pas la perte de revenus liée au fait qu'une affectation en milieu rural signifie impossibilité d'exercer dans le secteur privé.

Sur le chapitre de l'accessibilité géographique, il importe de souligner que les populations rurales sont confrontées également à des difficultés d'accès aux médicaments ; car, sur les 245



pharmacies et dépôts de produits que compte le pays, 95 sont installées dans la capitale (38,8% du total), contre seulement 13 pharmacies et dépôts de produits pour toute la région de Dosso. Le ratio est d'une pharmacie pour 8 797 habitants à Niamey, alors qu'il est de 54 283 habitants pour le reste du pays. Les conséquences de cette inégale répartition géographique des pharmacies et dépôts des produits sont énormes pour les populations rurales ; elles se traduisent par des ruptures fréquentes dans l'approvisionnement des centres de santé en médicaments, y compris en médicaments essentiels génériques, le recours obligé aux faux médicaments vendus illégalement par des personnes non qualifiées, etc. Ces dernières années, du fait de la généralisation de la politique de recouvrement des coûts, le marché informel des médicaments a pris d'ailleurs de l'ampleur dans le pays.

Dans l'ensemble, le secteur de la santé est l'un des domaines où l'on observe des inégalités criantes dans l'accès aux ressources publiques entre les citadins et les ruraux et entre les pauvres et les non pauvres. Selon le rapport d'analyse de l'enquête QUIBB 2005 sur le profil de pauvreté, les habitants des centres urbains bénéficient d'une part des dépenses de santé nettement plus importante que ceux des campagnes. Les dépenses annuelles consacrées aux soins de santé sont estimées à 12 527,78FCFA à Niamey contre 2 799Fcfa en milieu rural. Les non pauvres consacrent près de 8 018,28 FCFA pour les dépenses de santé, tandis que les pauvres ne consacrent que 1 438,61 FCFA par tête. Ces dépenses représentent 3,6% des dépenses totales de consommation par tête chez les non pauvres contre 2,3% chez les pauvres. Ce qui signifie que les pauvres profitent moins des dépenses de santé que les non pauvres ; et les ruraux nettement moins que les citadins.

Tableau 4 : Principaux indicateurs de santé en milieu urbain et rural

Principaux indicateurs	Milieu Urbain	Milieu Rural
Mortalité infantile (décès pour 1 000 enfants)	61	99
Mortalité infanto juvénile (décès pour 1 000 enfants)	139	231
Femmes ayant reçu des soins prénatals auprès de professionnel de santé (%)	88	39
Femmes ayant accouché dans un établissement de santé (%)	69	8
Femmes ayant accouché avec l'assistance d'un professionnel de santé (%)	78	25
Enfants de 12-23 mois qui ont reçu tous les vaccins du PEV (%)	48	25
Enfants de moins de 5 ans avec un retard de croissance (%)	31	53

Sources : EDSN-MICS III 2006

Au regard de la gravité de la situation sanitaire dans le pays et de la persistance des inégalités dans l'accès aux soins, les autorités nigériennes ont adopté récemment un Plan de Développement Sanitaire (PDS) pour la période 2005-2010. Ce plan se propose d'atteindre huit (8) objectifs spécifiques, à savoir : (i) augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité; (ii) renforcer les activités de santé de la reproduction ; (iii) renforcer



le processus de décentralisation dans le secteur de la santé ; (iv) accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ; (v) renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP/LCE ; (vi) pallier l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel ; (vii) accroître l'efficacité et l'efficience de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mises à la disposition des services de santé ; (viii) accroître la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires.

En dépit de la clarté de son objectif général, qui est centré autour de la réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile, le Plan de développement sanitaire est loin d'être un bel exemple en matière de prise en compte du genre ; car, ce plan ne prévoit pas des mesures concrètes visant à réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé entre les populations rurales et urbaines et entre les hommes et les femmes. S'il est vrai que le plan se propose d'augmenter l'accessibilité des services et soins de qualité pour les populations, force est de constater que seule la dimension géographique et physique de l'accessibilité aux services et soins de santé est prise en considération.

La stratégie du PDS en matière d'accessibilité des soins de santé semble se limiter à l'extension de la couverture sanitaire, à travers la réhabilitation ou la construction de nouvelles formations sanitaires (CSI et cases de santé) ; alors que le problème crucial auquel sont confrontées les populations nigériennes, en particulier les groupes vulnérables, réside surtout dans l'inaccessibilité financière des services et soins. Les faits démontrent d'ailleurs que les efforts d'extension de la couverture sanitaire déployés au cours de ces dernières années n'ont produit qu'une faible incidence en matière d'utilisation des soins curatifs et préventifs ; car, même si la construction des nouvelles formations sanitaires a théoriquement résolu les difficultés liées à l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière continue d'être un véritable casse-tête particulièrement pour les femmes.

III. Le recouvrement des coûts, un obstacle pour les femmes

Selon les chiffres issus du dernier recensement général de la population, les femmes représentent 50,2% de la population totale du Niger. Malgré ce poids démographique, elles participent peu à la vie publique et bénéficient moins que les hommes des ressources nationales. La proportion des femmes touchées par la pauvreté est plus grande que celle des hommes ; et ce, quels que soient par ailleurs les milieux de résidence considérés. Les statistiques disponibles indiquent que trois (3) pauvres sur quatre (4) sont des femmes, et que 73% des personnes vivant dans l'extrême pauvreté sont également des femmes. Cette situation se traduit naturellement par des difficultés considérables d'accès aux soins de santé pour la majorité des femmes ; car, la pauvreté a une incidence négative sur leur capacité à s'offrir des soins de qualité et à préserver les autres facteurs déterminants de leur santé. Comme l'a si bien souligné le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé, « *la pauvreté peut avoir pour conséquence des plus grandes difficultés d'accès aux soins médicaux, une exposition accrue aux risques environnementaux, les pires formes de travail des enfants ou la malnutrition* ».

S'il est indéniable qu'il existe une forte corrélation entre la pauvreté et l'état sanitaire global des populations, en particulier des femmes, force est de constater que les pouvoirs publics ont longtemps tardé à prendre en compte cette évidence. Sur ce point, il est symptomatique de



constater d'une part que les réformes initiées dans le secteur de la santé n'ont jamais accordé une attention soutenue aux difficultés d'accès des femmes aux soins de santé ; et d'autre part, que les documents de politique sanitaire sont généralement muets sur le rôle primordial, et parfois même irremplaçable, que jouent les femmes dans le domaine de la santé au sein du ménage et de la communauté. La parfaite illustration de cette situation nous est donnée à travers la politique de recouvrement des coûts. La tarification des soins de santé, qu'il s'agisse des consultations ou des médicaments, a été appliquée de façon aveugle ; sans tenir compte, ni des besoins différenciés des hommes et des femmes, ni des disparités de pouvoirs d'achat entre eux. La plupart des études sur le recouvrement des coûts font ressortir d'ailleurs que l'une des faiblesses majeures de cette politique réside justement dans le fait que l'exigence d'équité semble avoir été sacrifiée sur l'autel de la viabilité financière.

En effet, il est clairement établi que les autorités sanitaires nigériennes se sont très peu intéressées à instaurer un mécanisme garantissant l'équité dans le cadre de la politique de recouvrement des coûts ; car, elles n'ont pas songé dès le départ à édicter des directives contraignantes incitant les gestionnaires à prévoir un tel mécanisme en vue d'assurer l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé. La conséquence logique de cette situation est que le bénéfice engrangé dans le cadre du recouvrement des coûts, qui se situe parfois entre 15 et 20% des recettes réalisées, n'est jamais utilisé pour soutenir l'accès aux soins des plus démunis ; mais, cela s'explique moins par l'absence de directives relatives à l'instauration d'un mécanisme garantissant l'équité que par la faible représentation et participation des groupes vulnérables au sein des comités de gestion. Dotés théoriquement d'importants pouvoirs, ce sont ces comités qui devraient veiller à une bonne utilisation des ressources financières mobilisées au sein de la communauté ; et en principe, ce sont également eux qui devraient être porteurs d'une initiative visant justement à introduire l'équité comme une exigence fondamentale à prendre en compte dans le cadre du système sanitaire.

Après plus de 15 ans d'instauration de la politique de recouvrement des coûts, le constat est que la participation communautaire à la prise des décisions sur les questions de santé est une véritable supercherie ; en tout cas au moins en ce qui concerne les femmes, qui sont très peu représentées au sein des comités de gestion, alors même qu'elles jouent un rôle prépondérant dans le domaine de la santé au sein des ménages. Le document du PDS 2005-2010 reconnaît explicitement que *«la composition de ces comités pêche par la faible représentativité de certaines catégories sociales (les jeunes, les femmes) qui se trouvent être pourtant les plus grandes utilisatrices des services de santé»*. Souvent dirigés par les élites locales issues des couches aristocratiques, les comités de santé sont au cœur d'une lutte intense pour le contrôle des ressources ; et compte tenu de nombreux facteurs socioculturels, il est quasiment impossible pour les femmes de se faire entendre au sein de ces structures. Ce constat est d'autant plus vrai que la participation effective des femmes au sein de ces structures est bridée par leur faible niveau d'éducation ; car, il est indéniable que l'effectivité de la participation des individus au sein des telles structures dépend fortement de leur capacité à accéder à l'information.

Par ailleurs, il importe de souligner que la faible représentation des femmes au sein des structures communautaires de santé soulève la question de la reconnaissance du rôle déterminant qu'elles jouent dans le domaine de la santé. S'il est vrai que ce sont les hommes qui assument, en règle générale, les frais liés à la prise en charge des problèmes de santé des membres de la famille, il n'en demeure pas moins que ce sont les femmes qui s'occupent le plus des malades,

et par conséquent qui souffrent de l'angoisse qu'engendre souvent la maladie d'un proche. La division du travail au sein des ménages nigériens place la femme au cœur même des questions sanitaires ; car, en tant qu'épouse, elle doit assumer parfois les responsabilités d'un mari malade, et en tant que mère, elle doit veiller à la bonne santé des enfants. En vertu de cette division du travail, la femme nigérienne, qu'elle exerce ou non une activité génératrice de revenus, n'est jamais exonérée de ces obligations ; et parfois, la société tout entière se dresse pour exiger d'elle ce qu'elle n'aurait jamais exigé d'un homme, à savoir passer au second plan sa propre santé, pour apporter soins et compassion aux malades. Le poids de cette responsabilité sociale est encore plus grand pour une femme chef de ménage qui doit s'occuper seule de sa propre santé et de celle de ses enfants.

Au regard de tous ces éléments, il apparaît clairement que les politiques publiques en matière de santé sont encore de loin de prendre en compte les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes ; car, même s'il est vrai que tous les programmes publics de santé comportent au moins un volet consacré à la santé maternelle, il reste que la politique sanitaire nationale est globalement muette sur les moyens concrets de garantir l'accès des femmes aux soins de santé. La principale lacune des programmes publics de santé réside surtout dans le fait qu'ils n'apportent aucune réponse adéquate au problème primordial et crucial de l'accessibilité financière des soins de santé pour les femmes ; alors même que toutes les enquêtes réalisées par l'Institut national de la statistique (INS) soulignent clairement que la pauvreté reste et demeure le principal obstacle à l'amélioration de la situation sanitaire des femmes. S'appuyant sur les résultats de l'enquête QUIBB 2005, le rapport Pauvreté et genre au Niger publié par l'INS indique par exemple que « *pratiquement une personne sur trois (31,8%) ayant été malade ou victime d'une blessure au cours du mois précédent (l'enquête) n'a eu à consulter ni un service de santé ni un guérisseur traditionnel* ».

Selon les résultats de l'enquête démographique de santé (EDSN-MICS III), le manque d'argent et la distance à parcourir constituent les deux grands obstacles à l'accès des femmes aux soins obstétricaux. Les difficultés financières ont été invoquées comme obstacle principal par 72% des femmes en rupture d'union, 66% des femmes en union, 54% des femmes célibataires, 69% des femmes du milieu rural, 47% des femmes du milieu urbain, 69% des femmes sans instruction et 32% des femmes instruites. La distance à parcourir pour atteindre le service de santé a été invoquée comme obstacle par 51% des femmes rurales. Les résultats de l'enquête soulignent également que 82% des femmes rurales, 81% des femmes sans instruction, 87% des femmes des ménages les plus pauvres et 83% des femmes exerçant un travail non payé ont fréquemment rencontré au moins un de ces obstacles.

IV. Un timide retour à la gratuité des soins

Au regard de l'échec évident des réformes conduites dans le secteur de la santé, les autorités nigériennes ont décidé, en novembre 2005, de restaurer la gratuité des soins de santé pour les femmes et les enfants de 0 à 5 ans. La politique poursuivie actuellement par le gouvernement consiste à fournir « *des prestations de soins à la population cible sans qu'elle ne participe financièrement* ». La gratuité s'applique à cinq (5) domaines spécifiques, à savoir (i) la prise en charge des enfants malades de moins de 5ans ; (ii) les consultations prénatales ; (iii) la césarienne pour les femmes enceintes ; (iv) la planification familiale ; (v) le dépistage et la prise en charge du cancer



gynécologique. A travers cette importante décision, les autorités se proposent non seulement d'assurer l'équité dans l'accès aux soins des groupes les plus vulnérables, mais aussi de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile pour donner plus de chance au pays d'atteindre les objectifs du PDS 2005-2010 et les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette nouvelle politique, les autorités nigériennes ont adopté une série de textes réglementaires fixant les conditions d'application de la gratuité des soins. Il s'agit notamment du (i) Décret N°2005-316 /PRN/MSP du 11 novembre 2005 portant gratuité de la césarienne dans les établissements publics de santé ; (ii) Décret N°2007-261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins dans les établissements publics de santé et modifié pour prendre en compte le dépistage des cancers gynécologiques ; (iii) Arrêté N°0015/MSP/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du Décret no 2005-316 /PRN/MSP ; (iv) Arrêté N°79 /MSP/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 instituant la gratuité des contraceptifs et préservatifs ; (v) Arrêté conjoint MSP/MEF du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de 0 à 5 ans.

Aux termes de ces textes, le système mis en place consiste pour l'État à rembourser aux formations sanitaires les coûts liés aux prestations des soins couvertes par la gratuité des soins. Le remboursement des frais aux formations sanitaires se fait sur la base des factures et des fiches récapitulatives mensuelles des prestations fournies. Les coûts des prestations varient en fonction du statut de la formation sanitaire. La césarienne est remboursée par exemple à hauteur de 35 000fcfa aux hôpitaux de district, contre 50 000fcfa aux maternités régionales de référence et centres hospitaliers régionaux, et 80 000fcfa à la Maternité de référence nationale située à Niamey. Les tarifs des autres prestations fournies par les formations sanitaires sont fixés de façon consensuelle ; mais, dans les cases de santé, les CSI et les hôpitaux de district, les tarifs appliqués sont ceux en vigueur dans le cadre du recouvrement des coûts.

Selon les données du SNIS, la nouvelle politique de gratuité des soins de santé a permis d'ores et déjà de réaliser des résultats appréciables en matière d'accès. Ces données font ressortir que le taux d'utilisation des soins curatifs, qui était de 23% en 2005, est passé à 29% en 2007. Le taux de couverture en consultation prénatale (CPN) a franchi le cap de 71,94% en 2007, alors qu'il était seulement de 40% en 2005. Le taux de prévalence contraceptive est passé quant à lui de 4,6% en 2005 à 9,4% en 2007. Le responsable de la Cellule chargée de la gratuité des soins affirme lui que la nouvelle politique a abouti à un *«recours précoce aux consultations médicales»* et à un quintuplement du *«recours aux soins curatifs dans plusieurs formations sanitaires»*. Il soutient également qu'à la faveur de cette politique, *«la demande des soins se déplace progressivement du secteur informel vers le secteur formel»* ; avec à l'appui des indicateurs encourageants sur l'utilisation des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans (passé de 49,27% en 2006 à 82,01% en 2007).

Au regard des progrès accomplis en l'espace de deux ans seulement, la politique actuelle de gratuité des soins mérite d'être saluée et encouragée ; sans pour autant perdre de vue qu'elle risque de se heurter contre des obstacles divers découlant des lourdeurs bureaucratiques dont l'administration nigérienne est coutumière. D'ores et déjà, des retards considérables sont enregistrés dans le remboursement des prestations de soins, avec comme conséquence des ruptu-

res en médicaments essentiels dans les formations sanitaires. La persistance de ces ruptures pourrait non seulement remettre en cause la viabilité même du nouveau système, mais aussi ouvrir une brèche au phénomène de la corruption ; car, au vu de la démotivation manifeste des agents de santé, le risque est grand de voir naître et se développer au sein des formations sanitaires des stratégies diverses tendant à détourner et à dévoyer cette noble initiative. En tout cas, il est évident que le succès d'une telle initiative dépend avant tout de la capacité des pouvoirs publics et des comités de gestion à assumer leurs rôles de contrôle.

A l'heure actuelle, la question essentielle reste de savoir quelles sont les possibilités dont dispose le Niger pour prendre en charge entièrement les coûts que génère l'opération. Cette question est d'autant plus pertinente que depuis le début de la gratuité, seule l'Agence Française de Développement (AFD) semble soutenir les efforts du gouvernement pour la réussite de cette politique ; mais, l'appui de l'AFD ne pouvant pas être éternel, il est impérieux pour le gouvernement de trouver les voies et moyens permettant de financer la gratuité. Les experts estiment que la collaboration nécessaire à tous les niveaux pour la réussite de l'opération peut s'éroder si les factures émises par les centres de santé ne sont pas épongées à temps.

A la date du 26 novembre 2008, le coordonnateur de la gratuité au Ministère de la santé fait état de 4,4 milliards de CFA remboursés sur un total de 5,7 milliards CFA à rembourser ; et parmi les formations sanitaires qui attendent d'être remboursées, on peut citer l'Hôpital National de Niamey, qui attend encore le paiement de ses factures sur la gratuité de soins du cancer féminin émises en décembre 2007. Confrontés déjà à des difficultés de mobilisation de ressources nécessaires à leur bon fonctionnement, les établissements sanitaires publics risquent manifestement de faire les frais des retards dans le paiement des factures de la gratuité ; et il est certain qu'une telle situation pourrait entraîner un arrêt précoce de cette initiative louable, dont les résultats sont fortement appréciés par les couches défavorisées de la population.

V. L'équité dans la répartition des ressources affectées au PDS

Adopté dans la foulée de la Stratégie de réduction de la pauvreté (SRP), le Plan de développement sanitaire 2005-2010 est le principal programme public en matière de santé du Niger. Les autorités nigériennes ont évalué le financement nécessaire à 399 milliards FCFA pour la période 2005-2009 au Niger ; et les ressources ont été réparties entre les huit (8) objectifs spécifiques du plan par ordre de priorité.

Ainsi, comme il ressort du tableau ci-dessous, la plus grosse part des ressources a été allouée aux objectifs spécifiques relatifs à la santé de la reproduction et à l'accessibilité des populations aux services et soins de qualité. Ces deux objectifs spécifiques reçoivent respectivement 39% et 21% des ressources totales destinées au PDS, soit au total 60% de la prévision budgétaire sur la période 2005-2010. L'objectif spécifique relatif au renforcement des capacités de gestion et des compétences institutionnelles du MSP/LE reçoit 17% du budget total ; tandis que l'objectif relatif à l'accroissement du personnel reçoit 11% du budget total contre moins de 5% pour les autres objectifs relatifs notamment au renforcement de la décentralisation, à la participation des communautés et à la gestion des infrastructures.

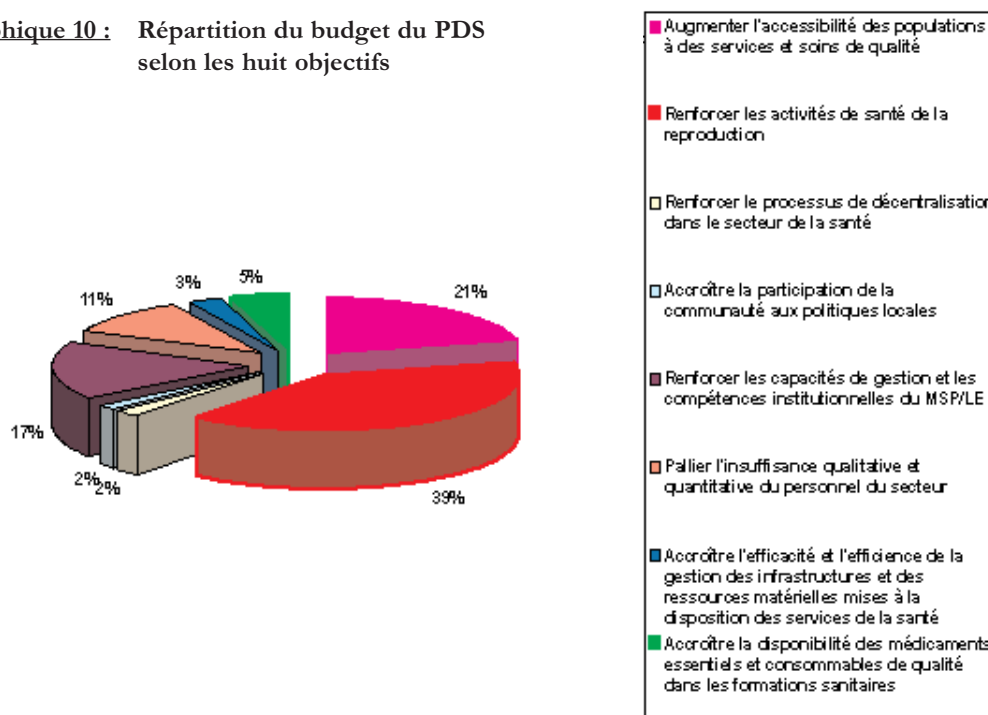
A travers l'objectif spécifique « *Renforcer les activités de la santé de la reproduction* », qui reçoit la part la plus importante des ressources, le PDS se propose notamment de faire passer le taux de pré-



valence contraceptive de 4 à 15%, de ramener le déficit en IOM/IMA (Intervention Obstétrical Majeure pour Indication Maternelle Absolue) de 72 à 25% et de réduire le taux de malnutrition protéino-énergétique (MPE) de 30%. Le plan prévoit à cet effet tout un paquet d'activités, incluant notamment le renforcement des «soins curatifs et préventifs pour les enfants», qui est l'activité qui reçoit le plus de ressources.

En effet, avec une allocation budgétaire de l'ordre de 38,2 milliards de francs CFA, cette rubrique bénéficie de près de la moitié (48,3%) du budget estimatif nécessaire aux activités prévues pour l'atteinte de l'objectif spécifique relatif à la santé de la reproduction. Les activités prévues sont entre autres les campagnes de vaccination, l'achat des vaccins, la poursuite de la mise en place du programme national de lutte contre le paludisme, la surveillance de la polio et de la rougeole. En termes de progrès, il s'agit de faire passer le nombre de districts sanitaires appliquant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) de 19 à 42 et d'amener le taux de couverture vaccinale complète à 80%.

Graphique 10 : Répartition du budget du PDS selon les huit objectifs



Dans le cadre de l'objectif spécifique relatif à la santé de la reproduction, la deuxième activité prioritaire est relative à la prévention et à la prise en charge des cas des IST/VIH/SIDA. A travers cette activité, il s'agit d'une part d'atteindre en termes d'objectifs opérationnels un taux de 100% de couverture pour les malades sous ARV bénéficiant d'un suivi global adapté et un taux de 50% de malades du SIDA ayant accès aux ARV ; et d'autre part, de réduire de 25% le taux de prévalence des IST et de stabiliser le taux de prévalence du VIH/SIDA. Cette activité bénéficie de 37,7% des ressources totales prévues pour l'objectif spécifique relatif à la santé de la reproduction, soit 29,8 milliards de francs CFA.

Ainsi, le budget cumulé des activités concernant le renforcement des « *soins curatifs et préventifs pour les enfants* » et « *la prise en charge des cas des IST/VIH/SIDA* » atteint 86% du budget total de l'objectif spécifique relatif au renforcement de la santé de la reproduction. Le budget alloué aux huit (8) autres activités entrant dans le cadre de l'atteinte de l'objectif spécifique relatif à la santé de la reproduction varie entre 0,5% et 3% ; ce qui signifie que l'essentiel des ressources de cette rubrique est affecté à la prise en charge de la santé des enfants et à la prévention et prise en charge des cas des IST/VIH/SIDA.

Si on peut se féliciter de la proportion des ressources prévues pour les « *soins curatifs et préventifs pour les enfants* », on peut par contre se demander si le niveau de ressources prévues pour « *la prise en charge des cas de IST/VIH/SIDA* » est vraiment justifié. Les statistiques sur le VIH/SIDA au Niger n'indiquent pas encore que cette pandémie a une forte incidence sur la mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile que le PDS se propose de juguler; contrairement à des pathologies telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires, qui constituent les principaux motifs des consultations et les causes majeures de la mortalité infantile et infanto juvénile.

En outre, il importe de relever que la prise en charge des cas de VIH/SIDA bénéficie dans le cadre du PDS d'une allocation budgétaire nettement supérieure au volet recrutement et formation du personnel de santé; alors qu'il est établi que l'insuffisance du personnel soignant et son faible niveau de formation constituent des obstacles sérieux à l'accès aux soins de santé, notamment dans le milieu rural où la plupart des formations sanitaires sont tenues par un seul agent. La priorité accordée au VIH/SIDA dans la répartition des ressources affectées au programme s'explique sans doute par l'attention « soutenue » que les partenaires extérieurs portent sur cette pandémie; mais, il reste qu'un tel choix mérite bien d'être questionné, même s'il n'est pas question ici de remettre en cause la nécessité de prendre au sérieux cette pandémie.

Par ailleurs, il faut souligner que « *la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* » ne bénéficie que d'un budget prévisionnel de 2,4 milliards de francs CFA, soit 3,1% de la part allouée à l'objectif spécifique relatif à la santé de la reproduction. Les objectifs visés à travers cette activité sont notamment de faire passer (i) le taux de couverture prénatale de 42 à 70% ; (ii) le taux des accouchements assistés de 14 à 25% ; (iii) le pourcentage des blocs opératoires de districts fonctionnels de 26 à 69% ; (iv) le taux des césariennes par région de 0,8 à 2 %; et (v) le taux des services de néonatalogie fonctionnels à 50%. Ces objectifs s'inscrivent dans la droite ligne de l'objectif global du PDS, qui est de « *Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle* ».

Aussi, il importe de souligner que la part des ressources consacrées à la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est une grave aberration ; car, cette activité est l'une des plus importantes pouvant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, dont le Niger semble détenir le record mondial avec un taux de 6,48 %0. Les complications de la grossesse et de l'accouchement font partie d'ailleurs des principales causes de la mortalité maternelle ; et de ce fait, il est difficile de comprendre que le traitement de ces complications ne bénéficie pas d'une allocation financière plus consistante dans le cadre du PDS.

Par ailleurs, il est frappant de constater que la prise en charge de la malnutrition chez les enfants ne bénéficie que d'une allocation budgétaire très modeste de 3,1 milliards de francs CFA, soit 0,9% du budget total du PDS 2005-2010 ; alors que le document du PDS souligne lui-même que la malnutrition affecte plus de 40% des enfants nigériens et contribue à près de 50% à la mortalité infanto-juvénile. L'enquête nationale réalisée en 2007 par l'INS fait ressortir que le taux de sous-nutrition aigue est, selon les normes de l'OMS, de 12,3%, dont 2,5% de sous-nutrition sévère ; tandis que le taux de sous-nutrition chronique globale est, selon les mêmes normes, de 49,9%, dont 22,5% de sous-nutrition chronique sévère.

Selon le rapport de l'enquête QUIBB 2005, 24,7% des enfants âgés de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë au Niger ; alors que lors de l'enquête MICS de l'an 2000 la proportion des enfants concernés par ce problème était de 14,1%. Le rapport fait aussi ressortir d'une part que 54,6% des enfants nigériens enregistrent un retard de croissance du fait de la malnutrition chronique ; et d'autre part que 52,6% d'entre eux présentent une insuffisance pondérale, c'est-à-dire un rapport poids-pour-âge anormal, caractéristique d'une sous-alimentation chronique et sévère. Entre 2000 et 2005, ces indicateurs se sont donc dégradés considérablement, montrant ainsi que la situation nutritionnelle des enfants nigériens se complique d'année en année ; et ce, en raison des difficultés croissantes auxquelles les ménages sont confrontés pour l'accès à l'alimentation, y compris l'eau potable.

Aujourd'hui, en dépit de l'ampleur de la malnutrition des enfants dans le pays, qui est devenue un phénomène plutôt structurel, il importe de relever qu'il n'existe pas encore un système adéquat de prise en charge des cas de malnutrition. Le document du PDS 2005-2010 note que les centres de récupération nutritionnelle ambulatoire (CRENA) et les centres de récupération nutritionnelle interne (CRENI) ne sont pas fonctionnels, *«faute de personnel compétent, d'aliments ou de régimes thérapeutiques adaptés»*. Les actions les plus significatives en matière de prise en charge des cas de malnutrition chez les enfants sont appuyées financièrement et techniquement par des organismes tels que l'UNICEF ; tandis que les plus hautes autorités se montrent de plus en plus réticentes même à reconnaître la gravité de la situation nutritionnelle des enfants, allant parfois jusqu'à faire arrêter une expérience aussi réussie que celle conduite par Médecins Sans Frontières (MSF-France) dans la région de Maradi.

Après cet examen rapide de la répartition des ressources financières dans le cadre du PDS 2005-2010, il ressort que des efforts considérables doivent encore fournis par les autorités nigériennes pour mieux prendre en compte les problèmes sanitaires auxquels les femmes et les enfants sont confrontés. La prise en compte de ces problèmes à travers les programmes publics de santé doit se matérialiser par des allocations budgétaires adéquates pour des activités contribuant effectivement à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile ; car, il est évident que le meilleur programme de santé, en termes d'objectifs pertinents et de stratégies efficaces, ne saurait produire des résultats satisfaisants, si l'allocation des ressources n'est pas suffisante et adéquate.

Par ailleurs, il importe de souligner que les politiques publiques en matière de santé ne mettent pas assez l'accent sur l'importance de l'information et de l'éducation sanitaires comme moyens de prévention ; alors qu'il est établi que la plupart des problèmes sanitaires auxquels sont confrontés les femmes et les enfants peuvent être jugulés à travers des actions efficaces

de sensibilisation du public. Le lien entre le niveau d'éducation de la population et sa situation sanitaire semble donc plus ou moins négligé par les autorités sanitaires ; comme le laisse penser la timidité avec laquelle sont menées les rares campagnes de sensibilisation du public autour des principaux problèmes de santé du pays. S'il est vrai que des campagnes vigoureuses sont menées au Niger autour notamment de la pandémie du VIH/SIDA, et accessoirement autour du paludisme, force est de constater que très peu d'actions de ce type sont menées autour des problématiques telles que l'hygiène et l'assainissement, la malnutrition et la sécurité sanitaire des aliments, y compris de l'eau de boisson. Cette situation est d'autant incompréhensible que le pays dispose d'un grand nombre de médias publics et privés, communautaires et associatifs, notamment des chaînes de radio et télévision, accessibles partout, et de surcroît disposés à éduquer les populations.

Conclusion

Après des années de réformes dans le secteur de la santé, les statistiques de mortalité maternelle et infantile incitent à douter de la pertinence et de l'efficacité des politiques sanitaires qui en ont découlé. Car, même si elle ne peut pas être considérée comme le résultat logique de ces politiques, cette situation est indéniablement la manifestation la plus éloquente de leur incohérence. Entre 1982 et 2002, il convient de souligner que le trait distinctif de toutes les réformes entreprises dans le secteur de la santé fut l'abandon presque brutal de la gratuité des soins et l'introduction sans discernement du recouvrement des coûts. Les deux principaux plans de développements sanitaires, celui de 1994 tout comme celui de 2005, n'ont pas remis en cause l'option pour une participation financière des populations; et à certains égards, on pourrait même affirmer que la promotion de la participation financière aux soins de santé constitue le cœur même de ces deux plans largement inspirés par les institutions financières internationales.

Aujourd'hui, la plupart des études portant sur les politiques publiques de santé s'accordent à souligner que la généralisation du recouvrement des coûts a porté un coup dur aux groupes vulnérables de la population. La tarification des soins de santé apparaît aux yeux de la plupart des chercheurs comme un facteur limitant sérieusement l'accès aux soins de santé des plus pauvres; car, il est avéré qu'aucun mécanisme fiable n'a été prévu, en tout cas jusqu'à une date récente, pour éviter que les indigents, c'est-à-dire ceux qui ne peuvent pas payer, soient laissés à eux-mêmes. Les autorités nigériennes semblent avoir pris conscience de cette situation inacceptable et tentent d'y remédier en instaurant une gratuité partielle des soins pour les femmes et les enfants ; mais, elles ne semblent pas comprendre encore que le maintien du recouvrement des coûts, en plus d'annihiler l'impact attendu des investissements en matière d'extension de la couverture sanitaire, est une entrave à la jouissance du droit à la santé garanti par les instruments juridiques internationaux.

En effet, il convient d'insister sur le fait que la responsabilité des États signataires de ces instruments juridiques ne se limite pas à étendre la couverture sanitaire en créant davantage de centres de santé ou de cases de santé ; car, la création des nouveaux centres de soins ne résout qu'une partie des difficultés d'accès aux soins de santé, à savoir celles liées à l'accessibilité physique des soins. Les faits démontrent d'ailleurs que la fréquentation des centres de santé n'a commencé à s'améliorer qu'au cours de ces dernières années avec l'instauration de la gratuité

des soins pour les femmes et les enfants de 0 à 5 ans. Cette situation met en lumière l'incidence négative de la politique de recouvrement des coûts sur la rentabilisation des investissements réalisés au cours de ces dernières années pour étendre la couverture sanitaire ; car, même lorsque l'offre des soins existe effectivement dans un rapport de proximité géographique acceptable, elle demeure hors de portée pour les plus pauvres, aux yeux desquels les investissements réalisés ne seront d'aucune utilité concrète.

Aujourd'hui, il est réjouissant de constater que la problématique de l'équité dans l'accès aux soins de santé semble de plus en plus trouver un écho favorable dans les politiques publiques ; car, même les institutions financières internationales admettent à présent que les réformes initiées dans le secteur sanitaire n'ont fait qu'aggraver les inégalités. Certes, il n'est pas encore question pour les autorités nigériennes de remettre en cause radicalement les politiques antérieures s'inscrivant dans l'optique de l'ajustement ; mais, il est symptomatique de constater que les politiques adoptées au cours de ces dernières années font une référence symbolique au droit à la santé et affirment au moins théoriquement vouloir améliorer l'accessibilité des soins de santé pour tous. Les programmes publics en matière de santé, notamment le Plan de développement sanitaire 2005-2010, semblent même accorder une place de choix à la santé maternelle et infantile ; en tout cas au moins sur le plan théorique, puisque son objectif proclamé est de réduire la mortalité maternelle et infantile.

Cependant, force est de constater que les politiques publiques en matière de santé n'abordent la problématique de l'équité en faveur des femmes que sous l'angle étriquée des soins de santé maternelle ; alors que l'enjeu principal d'une approche des politiques publiques axées sur l'équité devrait consister à prendre en compte et à satisfaire l'ensemble des besoins sanitaires en fonction des contraintes spécifiques à chaque groupe. Suivant cette logique, les politiques publiques devraient prévoir des mécanismes favorisant l'accès gratuit des couches vulnérables à tous les services et soins de santé ; car, en l'absence d'un système public fiable de protection sociale universelle, le seul moyen d'instaurer l'équité en faveur de ces couches, dont la particularité est d'être très pauvres, demeure la gratuité des services et soins. Les initiateurs de la politique de recouvrement des coûts n'ont pas eux-mêmes perdu de vue la nécessité de prévoir un mécanisme de solidarité en faveur des plus démunis ; même s'il est vrai que, lors de la mise en œuvre de cette politique, les impératifs de viabilité financière ont pris le dessus sur toute autre considération.

BIBLIOGRAPHIE

1/ Textes juridiques, documents gouvernementaux et ministériels

- Aide mémoire de la Revue conjointe du secteur de la santé au titre de l'année 2007, MSP (Ministère de la Santé Publique), Niamey, mars 2008.
- Aide mémoire de la revue conjointe du secteur de la santé au titre de l'année 2008, MSP, Niamey, mars 2009.
- Cadre de dépenses sectorielles à moyen terme du secteur de la santé CDS / MT 2008-2010, MSP, Niamey, mars 2009.
- Compte nationaux de santé exercice 2002-2003, Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre les endémies, Niamey, juin 2005.
- Constitution du 09 août 1999, République du Niger, Niamey, 1999.
- Le financement des systèmes de santé - Quelles approches dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ?, Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement, Ministère français des Affaires étrangères et européennes, Paris, octobre 2001.
- Mémoire économique, Accélérer la croissance et atteindre les Objectifs du Millénaire du Développement : diagnostic et agenda de politique économique, Ministère des finances et de l'économie, Niamey, juillet 2006.
- Plan de développement sanitaire 2005 - 2009, MSP, Niamey, février 2005.
- Projections démographiques 1994 - 2025, Ministère du développement social, de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Direction de la population, Niamey, novembre 1994.
- Rapport sur le projet de loi de règlement du budget de l'Etat, Chambre des Comptes et de Discipline Budgétaire, Niamey, gestion 2004.
- Rapport sur le projet de loi de règlement du budget de l'Etat, Chambre des Comptes et de Discipline Budgétaire, Niamey, gestion 2004.
- Loi organique n° 2007-22 déterminant la composition, l'organisation, les attributions et le fonctionnement de la Cour Suprême, Niamey, 2 juillet 2007.
- Lois de finances : 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, Journal Officiel de la République du Niger.
- Lois de finances rectificatives : 2001, 2002, 2003, 2005, 2007, 2008, Journal Officiel de la République du Niger.
- Lois de règlement : 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, Journal Officiel de la République du Niger.
- Relecture de la SRP (Stratégie de Réduction de la Pauvreté) complète en vue de l'intégration du genre, rapport final, Ousseini Hadizatou Yacouba, Niamey, décembre 2002.
- Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté 2008 - 2012, Secrétariat Permanent de la SRP, Niamey, octobre 2007.
- Stratégie de réduction de la pauvreté, note de situation 2005, Secrétariat permanent de la SRP, juin 2006.



2/ Enquêtes, rapports et analyses

- Annuaire statistique 2001-2005, INS (Institut National de la Statistique), Edition 2006, octobre 2006.
- Combler le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 2008.
- Comptes économiques de la Nation, rapides 2006, provisoires 2005, définitifs 2003 - 2004, INS, février 2007.
- L'aide au développement fournie par la CE aux services de santé en Afrique subsaharienne, Cours des comptes européenne, rapport spécial n°10, 2008.
- De Paris en 2005 à Accra en 2008 : Etude sur l'efficacité de l'aide française en appui au secteur de la santé au Niger, Action for Global Health, février 2008.
- Documents préparatoire de la Conférence sur le financement de la stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté, Bruxelles, 25 et 26 octobre 2007.
- Enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages 2007/2008, rapport sur les indicateurs sociaux, INS, mars 2009.
- Enquête Nationale sur la qualité des services sociaux de base (ESSOB) volet santé, INS, août 2008.
- Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples, INS et Macro International Inc., 2006.
- Etude sur les dépenses publiques du Niger, Banque Mondiale, Niamey, juin 1992.
- Financement de la santé en Afrique, contribution au sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme, Abuja, 2 - 4 Mai 2006.
- Les objectifs du Millénaire pour le Développement et la santé sexuelle et reproductive. Un regard sur le NIGER : du constat à l'action, Family Care International, Mai 2007.
- L'initiative de Bamako, 15 ans après, Valéry Ridde, Banque Mondiale, Octobre 2004.
- L'initiative de Bamako, Autofinancement communautaire des soins de santé primaires par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts, quelques principes généraux, Dr G.L. Monekosso, OMS, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, 1989.
- Mesure de la Pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE), Expérience du Niger, INS, 2007.
- Niger, Examen des dépenses publiques, rapport de la Banque Mondiale, 23 juin 1993.
- Pauvreté et genre au Niger, INS, Lawali Maman et Dr Soumana Harouna, avril 2007.
- Questionnaire des indicateurs de base du bien-être, rapport Quibb-2005, Profil de pauvreté, rapport d'analyse, INS, 2006.
- Rapport de la consultation d'experts sur l'initiative de Bamako sur les médicaments essentiels et la médecine traditionnelle africaine, Union Africaine, Addis-Abeba, septembre 2005.
- Rapport sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, Paul Hunt, rapporteur spécial, ONU, 2002.



- Rapport sur les indicateurs sociaux, rapport Quibb 2005, INS, Juillet 2006.
- Rapport analytique sur la passation des marchés Niger, Volume 1, Banque Mondiale, Juin 2004.
- Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé, OMS, 2006.
- Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr, la sécurité sanitaire au XXème siècle, OMS, 2007.
- Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais, OMS, 2008.
- Recherches documentaires sur la santé au Niger, rapport N°1 : législation sanitaire.
- Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, République du Niger et OMS, 2004 - 2007.
- Santé et Pauvreté au Niger, rapport de la Banque Mondiale, 2004.
- Situation socio-économique des femmes au Niger, rapport INS, avril 2007.
- Suivi des flux monétaires destinés à la santé mondiale, Recommandations pour le suivi des ressources destinées à la santé mondiale, Center for Global Development & Global Health Policy Research Network, novembre 2005.
- Une aide en bonne santé ? Pourquoi l'Europe doit fournir une aide accrue et plus efficace afin de sauver les Objectifs du Millénaire pour le développement en santé, Action for Global Health, rapport N°2, 2006.
- Programme d'action de Beijing, 4ème Conférence mondiale sur les femmes, ONU, 1995.
- 25 questions réponses sur la santé et les droits humains, OMS, 2002.

3/ Ouvrages, articles, appels et contributions

- Etat et corruption en Afrique : G. Blundo et J-P. Olivier de Sardan, Paris, Khartala 2007.
- L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante, Appel au G8, Médecins du monde, Avril 2008.
- La gratuité des soins de santé au Niger. Une stratégie pour l'atteinte des objectifs du PDS et les OMD, Contribution au Forum Social Africain 2008, Lawali Ali, Coordonnateur de la Cellule de la Gratuité de soins au Ministère de la Santé Publique, Niamey, 27 novembre 2008.
- Le droit à la santé, un droit fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales, Melik Özden, CETIM (Centre Europe - Tiers Monde), Genève, 2006.
- « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », Stéphane Tizio et Yves Flori, Revue Tiers-monde, Volume 38, N°152, 2007.
- Pourquoi renforcer les politiques pharmaceutiques nationales dans les pays francophones ouest-africains ?, Dr Saouadogo Hamado, Département Santé, Université Senghor, Alexandrie.
- « Projections de la population du Niger de 2005 à 2050 », Soumana Harouna, Boubacar Soumaila, Hamidou Issaka Maga et Jean-Pierre Guengant, Travaux démographiques, Volume 1, N°1, avril 2005.



Alternative Espaces Citoyens
BP : 10948
Niamey - Niger
www.alternativeniger.org