

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progrès



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Projet

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Décembre 2016

Sommaire

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	iii
Préambule	v
I. Généralités	1
1.1 Contexte socio-économique	1
1.2 Analyse de la situation du secteur	2
II. Vision, Fondements, Valeurs et Principes	4
2.1 Vision	4
2.2 Fondements :	4
2.3 Valeurs et principes :	4
III. Objectif et résultats	5
3.1 Objectif général	5
3.2 Objectif spécifique	5
3.3 Résultats stratégiques	5
IV. Orientations stratégiques	5
V. Axes stratégiques	5
Axe 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance	5
- La coordination et la collaboration :	6
- La législation	6
- Le contrôle, les audits et les inspections des formations sanitaires	6
- La supervision	6
- Les réformes sectorielles	6
- La décentralisation du système de santé, la participation communautaire	7
Axe 2 : Amélioration de l'offre et de la qualité des prestations	7
- L'extension de la couverture sanitaire, le renouveau des SSP et l'amélioration de la qualité des soins	7
- L'intensification de la lutte contre la maladie et de la promotion de la santé	9
- La promotion de la Santé de la Reproduction	9
- La promotion de la nutrition	10
- La promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	10
- La promotion de la santé des groupes spécifiques	10
- La promotion de la santé scolaire	10
- La promotion de la santé au travail	10
- La promotion de la santé des jeunes et des adolescents	10
- La promotion de la santé des personnes âgées	11
- La promotion de la santé mentale	11
- La promotion de la Santé des autres groupes vulnérables (population carcérale, personnes déplacées, indigents, handicapés et autres sinistrés)	11
- La promotion de l'hygiène et de l'assainissement	11
- Le développement de la réadaptation et de la réinsertion sociale	11
Axe 3 : Développement des ressources humaines	11
Axe 4 : Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants	12
- L'accroissement de la disponibilité des ressources matérielles, amélioration de la maintenance et rationalisation de leur gestion	12
- L'amélioration de la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés de qualité	12
Axe 5 : Renforcement de l'information sanitaire et de la Recherche en santé	13
- L'amélioration de l'information sanitaire	13
- L'informatisation de la gestion des structures sanitaires	13
- Le développement de la recherche en santé	13

Axe 6 : amélioration du financement de la santé.....	13
- L'Etat et les Collectivités	14
- Les Populations	14
- Les Particuliers	14
- Les Partenaires au Développement.....	14
- Le développement du partenariat multi acteurs.....	14
VI. Cadre de mise en œuvre	15
VII. Le suivi –évaluation	15
Conclusion.....	15

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
AFD	Agence Française de Développement
ANBF	Association Nigérienne pour le Bien être Familial
AQ	Assurance qualité
ARVs	Anti rétroviraux
CCJ	Centres de Conseils et de prestations en SR pour Jeunes
CDT	Centre de dépistage et de traitement
CFA	Communauté Financière de l'Afrique
CHR	Centre hospitalier régional
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNRFO	Centre National de Référence des Fistules Obstétricales
CNS	Comptes nationaux de la santé
COGE	Comité de gestion
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CSI	Centre de santé intégrée
DPG	Déclaration de Politique Générale
DPS	Déclaration de Politique Sanitaire
DS	District Sanitaire
DHIS	District Health Information System
ECVM	Enquête nationale sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture
EDSN	Enquête démographique et de santé au Niger
FBR	Financement basé sur les résultats
FCFA	Franc de la Compagnie Financière Africaine
FGF	Fistule Génitale Féminine
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
HN	Hôpital National
IEC	Information, Education et Communication
INS	Institut national de la statistique
IRA	Infection respiratoire aigue
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
JNM	Journées Nationales de Micronutriments
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
MES	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OSC	Organisation de la Société Civile

PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi des Vaccinations
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	Politique Nationale de Santé
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère - Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RBM	Roll Back Malaria
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines de la Santé
RSI	Règlement Sanitaire International
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONNE	Soins Obstétricaux, Néo-Nataux Essentiels
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
STEPS	Approche intégrée de surveillance / prévention / prise en charge des MNT
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Préambule

La demande des services sociaux de base comme la santé, devient de plus en plus pressante dans un pays caractérisé par une croissance démographique galopante. Dans un tel contexte, le mode d'organisation et de gestion de l'Etat doit perpétuellement s'appuyer sur une politique et des stratégies bien définies. C'est pour répondre à ces exigences que la politique sanitaire 2002-2011 a été élaborée. Sa mise en œuvre s'est poursuivie jusqu'en 2015 à travers le dernier Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 qui s'est inscrit dans le but de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a commandité son évaluation en juin 2015 pour apprécier le niveau de réalisation des progrès, les difficultés rencontrées et élaborer une nouvelle Politique Nationale de la Santé (PNS). Une fois celle-ci adoptée, le premier PDS de l'agenda post-2015 sera élaboré pour sa mise en œuvre.

Le but poursuivi est d'accélérer les progrès dans les domaines où ils n'ont pas été suffisants dans le cadre de la Déclaration du Millénaire pour le Développement notamment la santé maternelle, mais aussi de préparer le pays à s'inscrire dans la dynamique des objectifs de développement durables qui feront l'objet de l'agenda post-2015. Pour ce faire, le MSP a procédé à l'élaboration de cette troisième génération de PNS après celles de 1995 et 2002. Elle est le résultat d'un processus participatif englobant l'ensemble des structures centrales du MSP, de certains ministères, des organisations de la société civile, du privé et des partenaires techniques et financiers du secteur.

Cette nouvelle PNS s'inscrit dans le cadre global du développement national, des engagements sous régionaux, régionaux et internationaux en matière de développement sanitaire. Elle prend en compte les principaux problèmes de santé de la population tout en considérant que la santé est le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs dont la plupart ne sont pas forcément sous le contrôle de l'autorité sanitaire nationale. Ainsi, une attention particulière est accordée aux déterminants de la santé, aux questions relatives à la transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle et à celles relatives au changement climatique.

La présente PNS , adoptée en Conseil des Ministres le ____/____/ 2017 a pour objet d'exposer les orientations du Gouvernement de la République du Niger en matière de santé, qui serviront de cadre de référence au développement du secteur sanitaire.

Il s'agit d'un instrument de travail qui permettra de focaliser les réformes du système de santé sur l'accroissement de la qualité et de l'accessibilité des soins et services de santé dans un but d'améliorer les conditions de vie des populations.

I. Généralités

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1 266 491¹ km². Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans la partie Sud.

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes. Les Collectivités territoriales (Région, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd'hui opérationnelles avec des Conseils régionaux, de ville et Municipaux élus en place.

Toutes les communautés composant la Nation nigérienne jouissent de la liberté d'utiliser leurs langues en respectant celles des autres. Ces langues (l'Arabe, le Boudouma, le Foulfouldé, le Djerma-Songhaï, le Gourmantchéma, le Haoussa, le Kanouri, , le Tamashéq et le Toubou) ont, en toute égalité, le statut de langues nationales.

Les principales religions et croyances sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

La population du Niger est estimée à 17.129.076 d'habitants en 2012², avec un taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,9%, l'un des plus élevés au monde. Cette forte croissance démographique est corroborée entre autre par une forte fécondité (l'ISF est passé pour l'ensemble du pays de 7,1 enfants par femme en 2006 à 7,6 en 2012) contribuant au doublement de la population tous les dix huit ans.

Dans le même temps la mortalité maternelle reste parmi les élevées du monde malgré une légère baisse entre 2006 et 2012 (de 648 à 535 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Ceci confirme que le pays n'a pas commencé sa transition démographique.

Cette population est très jeune et à forte prédominance rurale. La population des moins de 15 ans constitue 51,6% avec 21,2% pour la tranche d'âge des moins de 5 ans et celle de plus de 65 ans est de 3,5%. La population active âgée de 15 à 64 ans représente 44,9%.

Une large majorité de la population active est engagée dans le secteur de l'agriculture, principalement dans des exploitations familiales, de taille réduite, pratiquant une agriculture de subsistance, et dans l'élevage. Le secteur agricole, base de l'économie du pays, est fortement dépendant des conditions climatiques difficiles, comportant des périodes de sécheresse récurrentes.

1.1 Contexte socio-économique

La République du Niger est un pays très pauvre avec 80% de la population disposant de moins de 2\$ U.S par jour. Le PIB était de 3 659,6 milliards de FCFA (7,3 milliards d'US\$) en 2013, soit 205 600 FCFA (411 US \$ par personne) et par an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs³. Le secteur minier sur qui reposent des espoirs fondés, ne participe actuellement qu'à 4 % de la richesse nationale produite⁴.

Le taux d'analphabétisme est un des plus élevés de la sous-région atteignant 71% de la population et un taux de scolarisation dans le primaire de 89,5% chez les garçons et de 74,7% chez les filles en 2012-2013⁵.

Le contexte du Niger dans le cadre du développement humain reste encore faible avec un indice de 0,34 en 2013 selon le rapport mondial sur le développement humain. Les indicateurs sociaux du pays

¹ Arrêt du 16 avril 2013 de la Cour Internationale de Justice de la Haye

² INS, RGPH, Résultats préliminaires 2012.

³ INS, Le Niger en chiffres 2014

⁴ PDS 2011-2015

⁵ Ibid.3

figurent parmi les moins performants de la sous-région et du monde en 2011 :(i) moins de la moitié (47,87% en 2013) de la population a accès aux centres de santé dans un rayon de 0-5 km, (ii) 28,6% seulement de la population sont alphabétisés en 2012, (iii) le taux brut de scolarisation est de 79,2% en 2012 et 82% en 2013, (iv) la proportion de la population consommant de l'eau provenant d'une source améliorée est de 97 % à Niamey , 96 ,7% dans les autres villes et 60,5 % pour le milieu rural. Ces résultats montrent que 3 % des ménages urbains et 39 % des ménages ruraux s'approvisionnent en eau de boisson auprès de sources non améliorées et sont donc exposés à toutes les maladies liées à l'eau de mauvaise qualité, (v) au Niger, la couverture des ménages en électricité reste encore faible (14% en 2012 contre 9% en 2006) avec des disparités entre le milieu rural (38 %) et le milieu urbain (95 %)⁶.

Environ 48,2 % de la population nigérienne continue de vivre en deçà du seuil de la pauvreté d'un (1) dollar US par jour (ECVMA-2011) et même 85% si l'on considère un seuil de 2 dollars US par jour. L'accroissement rapide de la population exerce de fortes pressions sur les infrastructures socio-économiques de base et limite l'effet des gains de croissance économique encore irréguliers et tributaires de la pluviométrie.

Selon les comptes économiques de la Nation 2013, la croissance de l'économie nigérienne était de 11,1% en 2012 contre 4,1% en 2013. Durant ces trois dernières années, la croissance du PIB réel par habitant a été de 4,7% en 2010, de 5,5% en 2011 et de 6,7% en 2012. Cette croissance économique, soutenue par une production et une exploitation pétrolière devrait se renforcer du fait du début de l'exportation du pétrole brut et de la mise en exploitation d'une nouvelle mine d'uranium.

Il est admis que la pauvreté mène à un mauvais état de santé en limitant l'accès et l'utilisation des services : les pauvres consacrent en moyenne individuellement à la santé 1 439 FCFA, soit 2.3% de leur revenu, contre 8 018 FCFA pour les personnes plus aisées, soit 3.6% de leur revenu⁵. Cette disparité est accentuée par le poids écrasant que supportent les ménages dans le financement de la dépense globale de santé (56,33% en 2013 selon les CNS 2012-2013).

Il est également avéré qu'un mauvais état de santé contribue à la vulnérabilité et à la pauvreté des populations par le paiement direct des coûts des prestations. En effet, faute de protection sociale, l'essentiel des paiements directs (99,26% des dépenses en 2013 selon les CNS 2012-2013) est assuré par les ménages.

1.2 Analyse de la situation du secteur

Malgré la volonté politique maintes fois affichée et les efforts déployés depuis des années, la **situation sanitaire** est marquée par la **prédominance de nombreuses maladies** transmissibles à caractère endémo-épidémiques (paludisme, choléra, méningites, VIH/sida, tuberculose, ...) et l'émergence de maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, drépanocytose et maladies mentales, ...). Par ailleurs, la survenue quasi-régulière de situations d'urgence (crises alimentaires et nutritionnelles, catastrophes naturelles ou provoquées) contribuent à accroître la charge de la maladie dans la population, situation aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque de maladie⁷.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé 2002-2011, plusieurs réalisations ont été effectuées dans différents domaines⁸.

L'analyse de la situation sanitaire effectuée sur la base des 18 stratégies de développement de la Déclaration de Politique Sanitaire(DPS) 2002-2011 fait ressortir les forces et les faiblesses du système ainsi que les défis.

⁶ EDSN MICS 4 de 2012

⁷Inventaire Préliminaire de la protection sociale pour le dialogue national vers un socle de protection sociale au Niger, O. L. dit Guérin, Consultant BIT, 2015.

⁸PDS 2011-2015

Cette analyse a montré les forces suivantes: (i) des textes législatifs et réglementaires ont été réalisés dans leur majorité ; (ii) l'amorce de certaines réformes sectorielles telles que celles du SNIS, la réforme hospitalière, le Financement Basé sur les Résultats (FBR), le redécoupage des gros districts, l'affectation des médecins dans les CSI, ont connu des avancées significatives ; (iii) l'augmentation de l'effectif du personnel de santé ; (iv) le rehaussement du plateau technique dans plusieurs formations sanitaires avec l'acquisition de matériel de pointe et l'affectation des spécialistes dans les centres hospitaliers ; (v) début de mise en œuvre de la stratégie nationale de laboratoire avec l'ouverture d'une ligne de crédit, (vi) l'augmentation constante du taux d'utilisation des services de santé curatifs atteignant 70% entre 2003 et 2009; (vii) le taux de prévalence contraceptive en méthodes modernes chez les femmes en union est passée de 5 % en 2006 à 12% en 2012 ; (viii) le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a augmenté en passant de 19 % en 2008 à 45,72% en 2014 ; (ix) les besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) sont couverts à 95% en 2014 ; (x) la Surveillance des Décès Maternels et la Riposte (SDMR) ont été rendues obligatoires depuis 2012; (xi) la mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée de 318‰ en 1992 à 127‰ en 2012 pour une cible de 106‰ en 2015; (xii) la mortalité néonatale est passée de 38‰ en 2006 à 24‰ en 2012 ; (xiii) le taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés) a varié de 17.3% à 52 % entre 1992 et 2012 ; (xiv) la séroprévalence du VIH au sein de la population générale est passée de 0,9% en 2002 à 0,4% en 2012 ; (xv) l'objectif de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique est atteint depuis 2012 ; et (xvi) des structures et mécanismes de surveillance, de prise en charge, de prévention et de contrôle des phénomènes de santé ont été mis en place à tous les niveaux.

Le bilan de la mise en œuvre de la DPS 2002 a fait ressortir un système de santé peu performant dont les Faiblesses majeures sont les suivantes : (i) l'émergence des pratiques néfastes comme la vente illicite des médicaments et la création anarchique des structures privées de santé du fait de l'application insuffisante des textes législatifs et réglementaires ; (ii) aucune des 16 reformes répertoriées n'a été complètement réalisée; (iii) le faible développement de la biologie médicale et du laboratoire ; (iv) l'inadéquation des infrastructures et des équipements techniques des formations sanitaires ; (v) la faiblesse du système d'approvisionnement en réactifs de qualité et de technologies nouvelles ; (vi) l'insuffisance d'implantation et d'accompagnement à l'installation des formations sanitaires privées; (vii) l'insuffisance de la fonctionnalité des organes de participation communautaire (COGES et COSAN) ; (viii) la progression du taux de couverture sanitaire (Population habitant à 0-5 km d'un CSI sur la population totale), n'a augmenté que de 0,88% entre 2002 et 2014 ; (ix) le taux de prévalence contraceptive en méthodes modernes chez les femmes en union reste encore faible ; (x) le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié reste encore faible (10,7% en 2002 à 45,72% en 2014); (xi) les besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) ne sont couverts qu'à hauteur de 20,27% en 2014; (xii) la faible couverture de l'audit de décès maternel dans les structures de soins ; (xiii) le fort taux de malnutrition chronique (44% en 2006, 15,7% en 2014) et aigüe (10,3% en 2006 et 14,8% en 2014) chez les enfants de moins 5 ans ; (xiv) la pratique de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie est de 23% en 2012; (xv) le taux de succès thérapeutique de la tuberculose n'est que de 76% en 2013 pour un objectif de 85% (xvi) une faible progression du taux d'utilisation des MILDA qui est passée de 7% à 20% entre 2006 et 2012 chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes de 14% en 2006 à 20% en 2012 ; (xvii) la faible qualité de la prise en charge des malades du fait de la gestion inefficace des médicaments et consommables; (xviii) le faible développement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé notamment dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies en santé, de la contractualisation réduisent la retro activité du système ; (xix) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, financières, matérielles, techniques, technologiques destinées à la recherche.

En outre le bilan a fait ressortir que la part des dépenses de santé du gouvernement (6%) reste en deçà des engagements pris par les Chefs d'Etat à Abuja (15%). D'autre part l'insuffisance des ressources humaines pour la santé à l'échelle nationale, leur répartition inéquitable entre le milieu urbain et rural, la non mise en œuvre de la régionalisation des postes budgétaires sont autant des facteurs limitant la performance du secteur.

Au vu de tout ce qui précède les défis du système de santé sont les suivants:

- Amélioration de la qualité des soins et des services ;
- Accès équitable aux soins et aux services de santé ;
- Amélioration du leadership et de la gouvernance du secteur de la santé ;
- Comportements des populations favorables à la santé ;
- Système de financement du secteur de la santé durable ;
- Intégration de l'approche multisectorielle dans la résolution des problèmes de santé ;
- Développement des stratégies de résilience du secteur de la santé face aux changements climatiques ;
- Développement des capacités des agents des services de santé.

II. Vision, Fondements, Valeurs et Principes

2.1 Vision

Le Niger aspire être une nation moderne et émergente où les citoyens bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation.

2.2 Fondements :

La présente politique nationale en matière de santé est fondée sur

:

- ✓ Le Droit à la santé tel que décrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en son article 25 ;
- ✓ La Constitution de la 7ème République du Niger qui consacre le droit à la santé en ses articles 12, 13 et 153;
- ✓ Les Engagements internationaux et régionaux auxquels le Niger a souscrit en matière de santé ;
- ✓ Les orientations des Autorités politiques (Programme de renaissance du Président de la République, Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre : DPG- 2011) ;
- ✓ La politique Nationale de Développement Economique et Social

2.3 Valeurs et principes :

Les principes et valeurs sur lesquels repose la présente politique nationale de santé sont :

Les valeurs : Solidarité, équité, égalité, justice sociale, intégrité et éthique, respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur les indigents et les autres groupes vulnérables.

Les principes : la mise en œuvre de la politique nationale de santé repose sur les principes directeurs suivants:

- La bonne gouvernance, notamment la redevabilité et la transparence à tous les niveaux du système de santé;
- L'accès universel à des soins et services de qualité ;
- La satisfaction des utilisateurs ;
- La gestion axée sur les résultats ;
- La participation et l'appropriation communautaire;
- La multisectorialité ;

III. Objectif et résultats

3.1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

3.2 Objectif spécifique

Renforcer l'offre de soins et de service de qualité à la population

3.3 Résultats stratégiques

Pour arriver à réaliser l'objectif poursuivi à travers la mise en œuvre de la PNS, les résultats suivants doivent être atteints :

1. L'état de santé de la population est amélioré particulièrement pour les groupes vulnérables ;
2. Le système de santé offrant des prestations de qualité à toute la population est performant;
3. Les capacités des agents des services publics à répondre aux attentes des usagers sont améliorées.

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé va contribuer à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance, à un meilleur bien-être des populations ainsi qu'à la croissance économique nationale.

IV. Orientations stratégiques

Pour concrétiser la présente PNS, l'Etat continuera de privilégier la prévention sanitaire, de promouvoir la couverture universelle en santé et de renforcer la gestion du système de santé.

La multisectorialité, notamment dans les domaines du développement des infrastructures, de la nutrition, de la planification familiale, de la santé sexuelle des jeunes et adolescents, de l'hygiène assainissement et des urgences humanitaires, sera une approche privilégiée pour la prise en compte de toutes les activités intersectorielles sous le Leadership du Ministère de la Santé Publique.

V. Axes stratégiques

Pour concrétiser la PNS, le Niger s'appuie sur le cadre conceptuel de l'OMS qui aborde le système de santé comme un ensemble reposant sur six (6) piliers afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé de la population. Ainsi, ces piliers ont été traduits en axes stratégiques. Il s'agit de :

1. Renforcement du leadership et de la gouvernance ;
2. Amélioration de l'offre de la qualité et la demande des prestations ;
3. Développement des ressources humaines de la santé ;
4. Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.) ;
5. Renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé ;
6. Amélioration du financement de la santé.

Pour mieux prendre en compte les problèmes majeurs identifiés, ces axes sont déclinés en stratégies d'interventions.

Axe 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance

Pour permettre la mise en œuvre de la présente PNS, l'Etat veillera à la mise en place d'un mécanisme de régulation du secteur en mettant l'accent sur la transparence et la redevabilité.

En outre, il veillera à la **restructuration du Ministère de la Santé Publique** à travers la révision du cadre organique, et privilégiera les critères de performances dans le choix des principaux responsables techniques, de manière à favoriser une meilleure coordination, un meilleur contrôle, et un mécanisme efficace de suivi-évaluation des actions.

Pour la mise en œuvre de cet axe les stratégies d'interventions sont les suivantes :

- **La coordination et la collaboration :**

La coordination et la collaboration intra et intersectorielle ainsi que celle des actions des différents acteurs notamment les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), les Organisations de la Société Civile (OSC), le secteur privé de la santé et les Communautés seront renforcés et inscrits au COMPACT Pays.

- **La législation**

En matière de législation, un comité technique multisectoriel ad hoc sera mis en place en vue de faire le point sur les textes existants et préconiser les nouvelles matières à légiférer pour assurer un fonctionnement optimal du système de santé. Pour ces dernières, il s'agit entre autres:

- Du code de la santé publique ;
- De la réglementation relative à l'organisation des services de santé publics et privés ;
- De la réglementation sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion des services des urgences de certains hôpitaux de référence sous-régionaux, régionaux et nationaux.

Les textes adoptés seront vulgarisés et appliqués.

- **Le contrôle, les audits et les inspections des formations sanitaires**

Pour une meilleure efficacité du système de santé à tous les niveaux, le contrôle, l'inspection et l'évaluation de la productivité des services seront renforcés. A cet effet, il sera procédé à la formation des spécialistes en inspection des services de santé et la régionalisation des services d'inspection de la santé dans le cadre de la décentralisation.

L'institutionnalisation des contrôles, des audits et des inspections sera effective au niveau des formations sanitaires. Ils contribueront à une amélioration de l'efficience dans l'utilisation des ressources du système.

- **La supervision**

Pour aider le personnel à améliorer sa prestation, à soutenir et encourager les initiatives de sorte qu'il puisse exécuter son travail avec efficience et efficacité, les normes en matière de supervision seront promues et respectées. Des équipes multidisciplinaires seront constituées aux niveaux central et régional en vue d'assurer des supervisions intégrées des structures de référence nationale, des formations sanitaires publiques et privées des régions et des districts.

- **Les réformes sectorielles**

Plusieurs réformes importantes ont été entreprises dans le secteur de la santé. Il s'agit de la réforme hospitalière en cours, du redécoupage des districts sanitaires, de la réforme du Système National d'Information Sanitaire, de la réforme de la qualité dans les formations sanitaires, les laboratoires et les écoles de santé, de l'affectation des médecins dans les CSI, de la réforme du secteur pharmaceutique, etc. Certaines de ces réformes ne sont pas encore terminées et seront parachevées.

L'une des principales réformes envisagées dans le secteur représente la couverture universelle en santé. Le projet de création du fonds social de santé, la gratuité des soins, ainsi qu'une expérience pilote sur le financement basé sur les résultats, développée dans le district sanitaire du Boboïye, vont être capitalisés. En outre, une agence de gestion de la couverture universelle en santé sera créée.

Des nouvelles réformes seront aussi envisagées si nécessaire pour consolider le système. Les documents de ces différentes réformes seront vulgarisés et les réformes seront évaluées à terme.

Un organe et/ou un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des réformes au sein du secteur de la santé sera dynamisé. Cet organe comprendra les cadres du MSP, les partenaires au développement qui appuient le secteur de la santé, les représentants de la société civile et du secteur privé et les représentants des autres ministères directement impliqués dans la mise en œuvre de ces réformes.

Dans le cadre de la décentralisation, l'Etat veillera au transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux collectivités territoriales.

- **La décentralisation du système de santé, la participation communautaire**

La décentralisation reposera entre autres sur l'utilisation du district sanitaire comme unité de planification et unité opérationnelle du système de santé. Elle s'effectuera impérativement dans un cadre global de multisectorialité. Toutefois, la micro planification de l'aire de santé du CSI sera dynamisée.

Conformément à l'Ordonnance n° 2010-54 du 17 septembre 2010 portant code général des collectivités territoriales, les organes locaux issus de la décentralisation et de la participation communautaire ont en charge la gestion, le contrôle et le financement des actions de santé de leurs entités.

L'information et la sensibilisation des populations sur leurs rôles dans la mise en œuvre des activités des services de santé seront renforcées. L'Etat veillera à la poursuite de l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé à travers la consolidation des acquis d'une part et à la mise en place des organes de participation communautaire à tous les niveaux du système de santé. Les rôles et les responsabilités de chaque acteur seront redéfinis à travers la révision des textes en la matière. Un plaidoyer en faveur de la participation communautaire sera engagé. L'œuvre des relais communautaires sera poursuivie et renforcée.

Pour revaloriser le rôle de la communauté dans la gestion des services de santé, une expérience de financement basé sur les résultats impliquant les communautés sera entreprise.

Le partenariat et la coopération décentralisée seront développés afin de renforcer les capacités de prise de décision et de leadership des populations et des collectivités territoriales.

Axe 2 : Amélioration de l'offre et de la qualité des prestations

L'amélioration de la qualité de toutes les prestations sera privilégiée afin d'accroître la satisfaction des besoins fondamentaux des populations en matière de santé.

Pour ce faire les stratégies d'interventions suivantes seront développées :

- **L'extension de la couverture sanitaire, le renouveau des SSP et l'amélioration de la qualité des soins**

La couverture sanitaire est passée de 47,6% en 2000, à 48,42% en 2014 soit seulement une augmentation de 0,88% en 14 ans. Pour remédier à cette situation, la carte sanitaire mise à jour, sera supportée par un acte administratif opposable à tous en vue de réduire le risque d'une implantation non appropriée de CSI et de structures sanitaires privées. L'Etat procédera à la transformation de cases de santé en CSI selon les besoins, à la construction de nouveaux CSI et de manière exceptionnelle à la construction de cases de santé.

En plus, une priorité sera accordée à rendre fonctionnels les nouveaux districts sanitaires. Les conditions seront créées pour assurer la construction et le fonctionnement optimal des hôpitaux de districts aussi bien dans les districts existants qui n'en disposent pas que dans les nouveaux districts.

L'Etat, à travers ses démembrements, garantira le fonctionnement de tous les centres de santé, la réhabilitation et la mise à niveau de ceux qui le nécessitent. Le développement des structures sanitaires privées sera encouragé dans le strict respect de la Loi.

Les normes et standards en santé seront révisés de manière à améliorer entre autres les plateaux techniques des hôpitaux à tous les niveaux du système de santé et prendre en compte aussi l'affectation des médecins dans les CSI.

En plus des infrastructures sanitaires fixes, l'extension de la couverture sanitaire se fera à travers le développement des activités mobiles et foraines pour atteindre les populations d'accès difficiles. De même, des réflexions seront menées pour déterminer des stratégies de couverture sanitaire spécifique aux zones nomades.

Dans le domaine des SSP, le Niger a adhéré à la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP et les systèmes de santé. Ainsi, le pays affirme son adhésion au renouveau des SSP comme option pour le développement des services de santé au niveau périphérique. Des directives seront développées pour permettre un développement harmonieux des SSP en prenant en compte leur caractère multisectoriel ainsi que les réformes qui les accompagnent. Il s'agit de : (i) la réforme des prestations qui mettent la personne au centre des préoccupations et de l'organisation des soins (Soins de santé Centrés sur la Personne), (ii) la réforme de la couverture universelle qui améliore l'accès financier aux services de santé tout en réduisant le risque des dépenses catastrophiques, (iii) la réforme des politiques publiques pour agir sur les déterminants de la santé et (iv) la réforme du leadership pour s'assurer que tous les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé sont alignés sur la vision et les priorités du gouvernement.

D'autres réformes seront mises en place et des directives seront développées pour s'assurer que le district sanitaire, unité opérationnelle de mise en œuvre du renouveau des SSP, reçoit des autres niveaux du système de santé l'appui nécessaire à son développement intégré.

Concernant l'amélioration de la qualité des soins, une priorité sera accordée à la satisfaction des utilisateurs de services. La qualité des soins sera appréciée à travers des évaluations périodiques auprès des populations et de leurs structures de représentation que sont les comités de santé ainsi qu'àuprès des prestataires.

L'offre de soins de qualité à tous les niveaux de prestation de soins afin de répondre aux critères d'accessibilité, d'efficacité, d'efficience, d'innocuité, de continuité, d'intégration et d'acceptabilité fera l'objet d'une attention toute particulière. L'Assurance de Qualité étant généralisée au niveau de toutes les formations sanitaires publiques, elle sera étendue au niveau des formations sanitaires privées et le personnel sera formé à l'utilisation de cette méthode managériale. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques de qualité seront recherchées à travers la revitalisation de l'ONPPC.

Le développement de la biologie médicale et de services de laboratoire améliorera davantage la qualité des soins.

Le développement et l'adaptation de normes et standards et leur application permettront d'augmenter la qualité des prestations du paquet minimum d'activités au niveau du CSI (stratégies plainte-traitement, protocole, fiches techniques), du paquet complémentaire d'activités de l'HD et des prestations du niveau tertiaire (procédures, protocoles de prise en charge). Les structures sanitaires seront dotées en personnel, en équipements, fournitures, médicaments et moyens logistiques en respectant les normes définies.

Le personnel continuera à bénéficier des formations à l'utilisation des normes et standards de prestation dont l'application fera l'objet de suivi et de contrôle par les services compétents. Un système de contrôle de qualité des médicaments (y compris les contraceptifs) et des laboratoires sera institué pour garantir la sécurité des médicaments et la qualité des examens à tous les niveaux. A cet effet, le LANSPEX sera renforcé.

Le respect des règles de déontologie et d'éthique professionnelle fera l'objet d'une attention particulière.

Un accent particulier sera mis sur la qualité des prestations par la mise en place d'un dispositif d'accréditation et de certification des formations sanitaires, de laboratoires d'analyse médicale, et des écoles de santé

- **L'intensification de la lutte contre la maladie et de la promotion de la santé**

Elle se fera à travers : la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles.

La priorité sera accordée aux affections qui constituent une grave menace pour la santé publique : IST/VIH/sida, paludisme, infections respiratoires aiguës (IRA), maladies diarrhéiques, méningite, choléra, rougeole, tuberculose. Il reste entendu que les efforts de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles seront sous-tendus par la promotion de comportements et environnement favorables à la santé.

Concernant les maladies non transmissibles des stratégies appropriées de lutte seront élaborées et mises en œuvre dans un cadre multisectoriel.

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence des maladies liées à la transition démographique, et au changement climatique. Le Niger devra donc se préparer à y faire face notamment en mettant en place un cadre stratégique approprié (structures, stratégies, directives, etc.).

Pour réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles par les vecteurs, l'Etat doit faire face aux éventuelles conséquences du **changement climatique**. Concernant la lutte contre les maladies d'origine hydrique et nutritionnelle consécutives aux catastrophes naturelles dues au changement climatique, l'Etat renforcera son dispositif d'intervention rapide aux différents niveaux.

Une action multisectorielle sera enclenchée pour s'assurer de la prise en compte des déterminants de la santé dans les politiques et plans des autres secteurs. Un Comité Intersectoriel sera mis en place pour assurer le suivi et définir entre autres, les modalités pratiques d'implication des autres secteurs dans la mise en œuvre de la PNS

La persistance des comportements non favorables à la santé est l'un des principaux facteurs qui compromettent les efforts de lutte contre la maladie. A cet effet, un plan de communication intégré sera élaboré et mis en œuvre, une structure de coordination de toutes les activités de communication sera créée et les communautés seront pleinement impliquées dans la lutte contre la maladie. Le Gouvernement renforcera la communication institutionnelle et la coordination de celle-ci à travers une cellule de communication.

Les TIC seront renforcées la communication et l'inter connexion des Directions Régionales de la Santé Publique et des Districts Sanitaires en VSAT internet haut débit et intranet. Il sera procédé à la promotion de leur utilisation dans l'amélioration de l'offre, la qualité des soins et la gestion des données et des intrants.

- **La promotion de la Santé de la Reproduction**

L'Etat renforcera la collaboration multisectorielle entre les ministères techniques (santé, population, éducation et formation, plan etc.) dans le cadre de la maîtrise de la démographie pour accélérer l'atteinte vers le dividende démographique au Niger.

La réduction de la **morbilité et de la mortalité maternelles** à travers la **surveillance des décès maternels et riposte, le repositionnement de la planification familiale** en mettant l'accent sur les jeunes et adolescents, les **soins obstétricaux et néonataux d'urgence** seront renforcés dans toutes les formations sanitaires du pays ainsi qu'au niveau communautaire. Toute initiative visant à réduire les coûts de prise en charge des accouchements eutociques et des complications obstétricales, voire à assurer leur gratuité sera soutenue.

Concernant la **Fistule Génitale Féminine** (FGF) en particulier, il sera mis en place une meilleure coordination des intervenants, une extension et déconcentration des centres de prise en charge au profit des régions et districts sanitaires, le maintien de personnel formé et l'implication des communautés dans la prise en charge, en vue de l'éradication de la fistule obstétricale. Un accent particulier sera mis sur la prévention.

S'agissant spécifiquement du VIH /sida, la lutte sera poursuivie et un accent particulier sera mis sur la prévention de la transmission sexuelle, sanguine et périnatale (**Prévention de la Transmission Mère-Enfant**). Pour aboutir à l'élimination de la Transmission Mère Enfant (TME), une Priorité sera

accordée à l’extension des centres de dépistage par la mise en fonction effectives des sites existants, la décentralisation de la prescription.

Quant à la santé des **enfants de moins de 5 ans**, il sera procédé à la consolidation des acquis de la réduction de la mortalité infanto-juvénile, ainsi qu’à la finalisation et à la mise en œuvre de la stratégie de survie de l’enfant avec une attention particulière à la mortalité néonatale.

- **La promotion de la nutrition**

L’Etat s’engage à assurer une nutrition et un développement optimal à chaque enfant, une nutrition adéquate durant l’adolescence et un apport approprié nutritionnel à la femme pendant la grossesse et l’allaitement. Il s’engage à créer les conditions d’une augmentation de la disponibilité et de la consommation d’aliments diversifiés. L’Etat poursuivra ses efforts dans la prévention de la malnutrition et la prise en charge des troubles nutritionnels et s’engage à maintenir des niveaux faibles de surpoids et d’obésité et à réduire l’incidence des maladies non transmissibles.

- **La promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles**

Les actions de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles seront soutenues par un arsenal juridique adapté. La **multisectorialité**, dans le domaine de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles et la recherche sera une approche privilégiée pour la prise en compte de toutes les activités intersectorielles sous le Leadership du Ministère de la Santé Publique.

- **La promotion de la santé des groupes spécifiques**

La promotion de la santé des groupes spécifiques est une préoccupation du Gouvernement afin de réduire les inégalités en matière de santé. Il s’agit notamment des scolaires, des indigents, des personnes âgées, des prisonniers et des personnes avec une déficience mentale.

- **La promotion de la santé scolaire**

Le Niger s’engage à accorder une priorité à l’amélioration de la santé scolaire en application de l’Initiative FRESH (Focusing Resources on Effective School Health) à laquelle il a adhéré.

Le MSP accompagnera les organes et institutions mise en place dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie Nationale de la santé scolaire.

- **La promotion de la santé au travail**

L’Etat veillera à la révision et à l’adoption du cadre juridique en matière de santé au travail ainsi qu’à la réorganisation du cadre institutionnel existant orienté vers la satisfaction des besoins des travailleurs et des employeurs dans le domaine de la protection de la santé au travail.

Un programme de santé et de sécurité au travail y compris la santé environnementale sera élaboré.

Ce programme sera désormais intégré dans les PDS à tous les niveaux du système de santé.

Le MSP en collaboration avec les ministères concernés, assurera l’inspection, le contrôle et la supervision des entreprises privées sur la santé au travail en vue de la création d’un environnement favorable à la santé au travail au Niger.

- **La promotion de la santé des jeunes et des adolescents**

L’Etat poursuivra la création de Centres de Conseils et de prestations en SR pour Jeunes (CCJ) dans les départements n’en disposant pas. Il veillera à leur fonctionnement. Une stratégie nationale de la santé des adolescents et des jeunes qui prend en compte aussi bien la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) que la lutte contre les fléaux sociaux sera élaborée et mise en œuvre. Un accent sera mis sur l’intégration des activités de santé des adolescents et des jeunes et l’adaptation des centres de santé à cet effet, pour assurer leur prise en charge, ainsi que des actions de prévention tout en veillant à la prise en compte des considérations socio-culturelles. Des actions seront

développées en collaboration avec les ministères en charge de l'éducation et de la formation sur l'intégration de la SR dans le système éducatif.

- **La promotion de la santé des personnes âgées⁹**

Une structure adaptée sera mise en place au sein du MSP et qui travaillera en étroite collaboration avec le Ministère en charge de la Population en vue d'asseoir une stratégie de prise en charge en matière de soins de santé à l'endroit des personnes âgées.

La collaboration intersectorielle, multidisciplinaire et le partenariat avec la société civile seront encouragés dans le cadre global et la création d'un environnement physique, socio-économique, politique et culturel plus favorable à la santé de la personne âgée.

- **La promotion de la santé mentale**

En matière de santé mentale des dispositions seront prises, en vue de renforcer les soins de santé mentale dans les paquets minimum et complémentaire d'activités des formations sanitaires. A cet effet, un plan stratégique de santé mentale sera élaboré et mis en œuvre.

- **La promotion de la Santé des autres groupes vulnérables (population carcérale, personnes déplacées, indigents, handicapés et autres sinistrés)**

Pour ces groupes vulnérables des stratégies appropriées seront élaborées et mises en œuvre. L'Etat poursuivra un plaidoyer auprès des partenaires en vue de solliciter leurs contributions à leur santé. Des ressources seront pré positionnés aux niveaux national, régional et des districts sanitaires, pour assurer la promptitude et l'efficacité des interventions en cas de situations d'urgence. Toutes les actions seront mises en œuvre en collaboration avec les secteurs concernés.

- **La promotion de l'hygiène et de l'assainissement**

Les services d'hygiène seront dotés de ressources humaines et matérielles suffisantes pour mener à bien leur mission. Le secteur privé sera impliqué dans la gestion de l'assainissement et les textes législatifs et réglementaires seront révisés et adaptés. La Police Sanitaire sera revitalisée et les communautés participeront pleinement dans la gestion de leur environnement.

Les capacités des principaux acteurs d'hygiène et d'assainissement seront renforcées à la gestion des déchets issus des soins.¹⁰

Afin de permettre une meilleure coordination avec les autres secteurs intervenant dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique sera dynamisé.

- **Le développement de la réadaptation et de la réinsertion sociale**

L'Etat mettra en place des mécanismes appropriés visant à faciliter la prise en charge sanitaire des personnes handicapées et les séquelles des traumatismes.

Axe3 : Développement des ressources humaines.

L'Etat veillera à la dépolitisation des postes techniques conformément aux textes en vigueur et privilégiera un cadre multisectoriel qu'il s'agisse du recrutement, de la répartition, de la formation initiale et continue, de la stabilisation des ressources humaines de la santé y compris la régionalisation des postes budgétaires.

⁹ La définition d'une personne âgée dépend du contexte. L'[Organisation Mondiale de la Santé](#) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Au Niger les personnes âgées de 60 et plus représentent 4,1% de la population selon le RGPH 2012.

¹⁰ Convention de Stockholm 2001

L'Etat veillera à l'utilisation de l'espace fiscal disponible sur la part réservée à la rémunération, conformément aux directives de l'UEMOA, pour recruter davantage du personnel de santé en vue de combler les déficits.

Une stratégie de délégation de tâches (Task Shifting) sera adoptée par l'Etat pour compenser le déficit de ressources humaines notamment au niveau communautaire en vue de contribuer aux Objectifs de Développement Durables post 2015 (ODD) dans le domaine de la santé.

Aussi, des mesures incitatives mises en place pour stabiliser le personnel dans les structures sanitaires en zones rurales et reculées seront- elles révisées et renforcées.

Un plan de carrière assorti d'un système de rémunération basée sur la performance sera élaboré, de même qu'une stratégie de régionalisation des Postes budgétaires et de participation des collectivités territoriales à la gestion des ressources.

En vue d'assurer la qualité des enseignements et la crédibilité des diplômes, l'Etat veillera à consolider davantage l'harmonisation des programmes d'enseignement et mettra en place un système d'accréditation des institutions de formation avec ceux de l'espace CEDEAO. En outre, l'Etat mettra un accent particulier sur le contrôle de la qualité des professionnels de santé formés dans ces institutions.

L'Etat poursuivra la prise en charge de la formation initiale et en cours d'emploi dans les domaines prioritaires et favorisera la spécialisation dans les universités et instituts de la place. La télésanté sera étendue dans toutes les structures hospitalières. Dans ce cadre, l'Etat élaborera un plan de renforcement des capacités et veillera à sa mise en œuvre et son suivi évaluation.

Axe 4 : Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants

La disponibilité des ressources physiques et intrants constitue un axe important dans le système que l'Etat continuera à assurer. Ces ressources sont : les matériels et leur maintenance, les médicaments, les vaccins, les consommables, les intrants alimentaires et thérapeutiques, les réactifs, le sang et dérivés. Les stratégies d'interventions suivantes seront développées :

- **L'accroissement de la disponibilité des ressources matérielles, amélioration de la maintenance et rationalisation de leur gestion**

Dans le domaine du matériel, l'équité sera recherchée dans la répartition selon des critères adéquats et la redéfinition de normes et standards en fonction du statut des formations sanitaires.

Le plateau technique des formations sanitaires sera rehaussé et renouvelé en prenant en compte les nouvelles technologies. Des spécialistes du domaine de la maintenance seront formés et affectés selon les besoins. Il sera procédé à la mise en œuvre effective des procédures de gestion du matériel.

Le système de maintenance sera restructuré en vue de l'externalisation des activités de maintenance.

L'Etat allouera des moyens conséquents pour assurer l'entretien de la logistique afin de soutenir les stratégies mobiles et autres activités de santé.

- **L'amélioration de la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés de qualité**

En ce qui concerne les produits de santé, des mesures permettant d'améliorer l'accessibilité, l'adéquation avec les besoins réels des structures et garantissant leur qualité seront prises.

Pour cela, les distributeurs en gros qui occupent une position stratégique dans la chaîne du médicament sur l'ensemble du territoire national seront soumis aux obligations de contrôle de qualité.

L'ONPPC sera recapitalisé, le LANSPEX et la SONIPHAR seront renforcés.

La gouvernance du secteur sera renforcée par la mise en place d'une inspection forte, l'affectation des pharmaciens au niveau périphérique et le développement du système d'assurance qualité.

La lutte contre la contrefaçon et le marché illicite sera poursuivie par la mise en œuvre de la stratégie y afférente et la lutte contre les drogues dans un cadre multisectoriel. Des dispositions seront prises pour garantir la disponibilité du sang et dérivés en vue de couvrir les besoins des structures hospitalières conformément à la stratégie nationale de transfusion sanguine.

Le développement des médicaments traditionnels améliorés (MTA) sera une priorité du secteur de la santé

Axe 5 : Renforcement de l'information sanitaire et de la Recherche en santé

L'Etat veillera à la poursuite de la réforme du SNIS et mettra un accent particulier sur la recherche en santé afin de mieux planifier, mettre en œuvre et surveiller les interventions en santé. Cet axe reposera sur le développement des stratégies d'interventions suivantes:

- **L'amélioration de l'information sanitaire**

L'Etat soutiendra la réactualisation et la mise en œuvre du Plan Stratégique du SNIS 2013-2022. Cela permettra le développement d'un système d'information sanitaire intégré, efficient, efficace, répondant aux normes internationales.

Les stratégies d'interventions sont les suivantes :

- **L'informatisation de la gestion des structures sanitaires**

L'informatisation de la gestion des structures sanitaires dans le cadre de la modernisation de la gestion d'informations contribuera à l'amélioration de la qualité des soins offerts et facilitera l'accès aux données pour le personnel de santé et les chercheurs. L'informatisation vise l'ensemble des services des structures sanitaires. Une attention particulière sera portée sur le développement de la plateforme du SNIS avec le DHIS2 et prendra en charge l'intégralité de l'information sanitaire.

- **Le développement de la recherche en santé**

La recherche sera promue au rang de priorité pour mieux connaître et agir sur les problèmes de santé publique. L'Etat appuiera la recherche en santé dans les domaines prioritaires de la santé ; le cadre juridique élaboré sera scrupuleusement appliqué et la formation de chercheurs et cadres du domaine de la santé sera poursuivie.

Le plan de développement de la recherche étant élaboré et l'Etat consacrera au moins 2 % du budget du secteur de la santé au renforcement du système national de recherche en santé et contribuera à la création des centres d'excellence en Afrique¹¹.

Axe 6 : amélioration du financement de la santé

Le financement du système de santé est un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population. L'Etat, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré une stratégie de financement de la santé orientée vers la Couverture Universelle en Santé (CUS). Elle constituera le levier d'amélioration du financement en santé. Dans le cadre de la politique de financement, l'objectif visé est la recherche d'un partenariat entre l'Etat, les populations, les particuliers et les partenaires au développement afin d'accroître les ressources consacrées au secteur et assurer la pérennité des actions qui seront entreprises.

Des réflexions seront engagées en vue de redéfinir le concept de partenariat public-privé et le mettre en adéquation avec la stratégie de contractualisation dans le secteur de la santé

¹¹ Déclaration d'Alger sur la recherche

L'accroissement des ressources financières consacrées à la santé à travers les stratégies d'interventions sont les suivantes :

- **L'Etat et les Collectivités**

Dans le cadre du partenariat, le rôle de l'Etat sera d'agir sur les déséquilibres régionaux de financement afin de garantir l'équité et la justice sociale. A cet effet, l'Etat consacrera chaque année au moins 15% de son budget général au financement des activités de santé qui seront répartis sur la base des besoins régionaux.

Les collectivités territoriales qui ont de tout temps participé au financement de la santé, doivent standardiser leur participation en consacrant chaque année au moins 8% de leur budget au financement des activités de santé.

Pour atteindre ces objectifs l'Etat et les Collectivités procèderont à la création d'assiettes nouvelles d'impôts sur l'alcool, le tabac, la téléphonie mobile, les produits polluants etc.

- **Les Populations**

Afin d'assurer une meilleure prise en charge et compléter les actions de l'Etat et des autres intervenants au financement, la participation financière et physique des populations sera poursuivie à travers le recouvrement des coûts des soins de santé.

L'Etat mettra en place un mécanisme visant à réduire la part des ménages dans les dépenses de santé (mutuelles, assurance maladie, gratuité, financement basé sur les résultats). A terme, ce mécanisme sera capitalisé pour une couverture universelle en santé.

- **Les Particuliers**

L'Etat plaidera pour que les particuliers, les ONG et les Associations participent au financement de la santé à travers la poursuite des investissements pour la réhabilitation des infrastructures existantes et l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations. Ils participeront également à l'extension de la couverture sanitaire par l'ouverture de nouvelles structures publiques et privées de soins répondant à des normes d'implantation conformément à la carte sanitaire et à la réglementation.

- **Les Partenaires au Développement**

L'appui extérieur continuera à être sollicité pour les investissements dans une large mesure et pour le fonctionnement des services. Il sera également procédé au renforcement de la coopération bilatérale et multilatérale, particulièrement la coopération Sud-Sud, triangulaire et décentralisée. Cet appui doit être coordonné par le MSP et orienté prioritairement vers la mise en œuvre des stratégies de la présente politique. Les partenaires au développement seront encouragés à la signature du compact pays et acheminer leur aide à travers le Fonds Commun.

L'approche de jumelage des institutions de santé avec d'autres institutions extérieures sera développée, tout comme l'assistance technique, les échanges d'informations et d'expériences.

L'augmentation de la contribution des partenaires techniques et financiers sera recherchée. Aussi, des efforts seront développés pour la prévisibilité des financements conformément à la Déclaration de Paris.

- **Le développement du partenariat multi acteurs**

Le secteur public de la santé, en dépit de bonnes intentions, ne peut à lui seul répondre de manière adéquate aux besoins de santé d'une population en forte croissance.

Une place de choix sera accordée au secteur privé de la santé pour qu'il puisse contribuer à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé des populations. A cet effet, les textes réglementant l'exercice privé des professions de santé seront révisés et / ou élaborés.

La participation de la société civile (ONG et Associations) sera renforcée en vue de garantir la cohérence, la synergie et la complémentarité nécessaire de leurs actions avec celles de l'Etat et des autres partenaires pour assurer un développement sanitaire harmonieux et durable au Niger.

Des dispositions seront prises par l'Etat pour le renforcement des compétences et capacités du secteur privé, des ONG et Associations, la coordination et la rationalisation de leurs interventions.

Pour toutes les actions de santé nécessitant l'implication effective des autres secteurs (hydraulique, environnement, climat, Urbanisme, Intérieur, Défense, Fonction Publique, etc.), l'Etat veillera à la mise en place d'un cadre de concertation en vue d'améliorer la santé des populations.

VI. Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre de la politique sanitaire relève du MSP. Elle s'effectuera aux niveaux central, intermédiaire et périphérique par les structures du MSP à travers les PDS et leurs outils opérationnels. Elle impliquera également l'ensemble des acteurs (autres secteurs étatiques, société civile, secteur privé, partenaires techniques et financiers, collectivités territoriales, communautés, etc.).

VII. Le suivi –évaluation

Afin de permettre de mieux suivre et évaluer la mise en œuvre de la PNS, un comité multisectoriel de suivi-évaluation sera mis en place ainsi qu'un observatoire national de la santé.

La présente PNS fera l'objet d'une évaluation tous les dix ans et d'une révision au besoin.

L'état d'avancement de la mise en œuvre de la politique sera évalué à travers les revues annuelles des PAA selon les dispositifs retenus dans les guides de suivi-évaluation des PDS.

Conclusion

La présente déclaration de politique sanitaire définit les axes stratégiques du développement sanitaire pour la période 2016-2035. Les défis à relever sont énormes et exigent un renforcement du Leadership et de la Gouvernance à tous les niveaux. L'extension de la couverture sanitaire, le financement de la santé, la lutte contre la maladie, la disponibilité des médicaments, la santé de la reproduction, la recherche en santé, la promotion de la santé figurent au centre des préoccupations des Autorités nigériennes.

Pour atteindre ces objectifs, la mise en place d'un cadre de concertation multisectoriel s'avère nécessaire, ainsi que la prise en compte des exigences de la décentralisation et de la responsabilisation des communautés.

Le secteur privé de la santé sera pleinement associé à la mise en œuvre de la PNS et des réformes importantes seront poursuivies ou entreprises dans différents domaines pour un développement sanitaire harmonieux.

Pour assurer une réussite des intentions proclamées et des objectifs définis, un système de suivi et évaluation sera mis en place. Il permettra de mesurer périodiquement les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente politique, d'en dégager les succès et les faiblesses, et d'y apporter les réajustements éventuels.